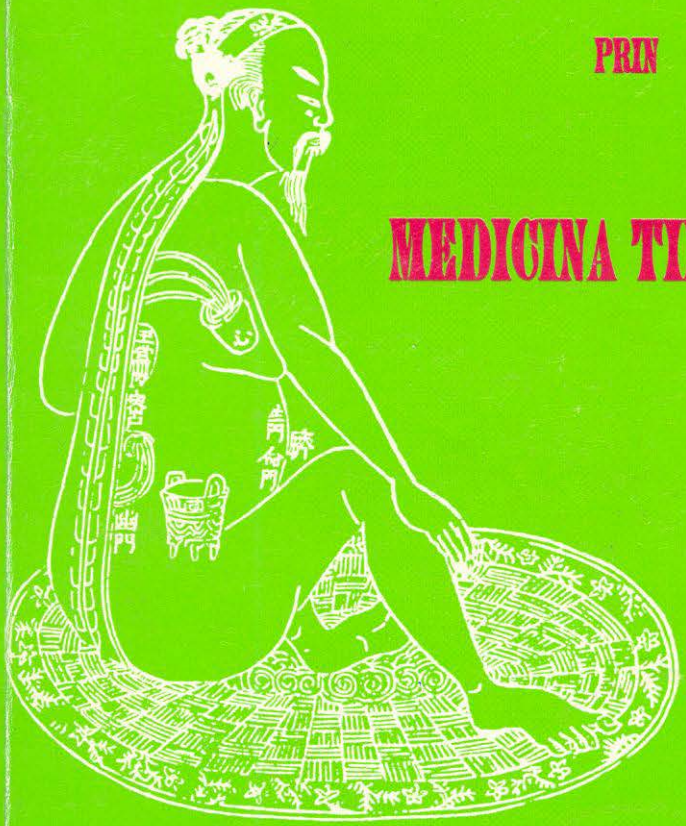
P.D.

AMCHI KUNSANG

MIRACOLUL SĂNĂTĂŢII

PRIN

MEDICINA TIBETANĂ



GSO-BA RIG-PA

ANTET
ENERGIA VITALĂ

Această lucrare ne propune o sinteză a sistemului medical tibetan care reflectă deopotrivă abordarea riguros ştiinţifică şi simpatia pentru un subiect plasat în perspectiva largă a relaţiilor umane, sănătate, boală.

Aceste calităţi au fost rareori întâlnite în alte lucrări care au tratat medicina tibetană într-o manieră abstractă, ori s-au lăsat în voia unui entuziasm necondiţionat, nedocumentat, ajungând până la literatura de ficţiune, atât de interesantă atunci când este vorba de "misterioasa ţară a zăpezilor".

Arta vindecării este totuşi în continuare o practică vie, uneori exclusivă, atât în Tibetul propriu-zis cât şi în regiunile himalaiene. Susţinerea oficială în ţări cum este China sau Bhutan ne ajută să facem o evaluare cât mai exactă.

ISBN 973-96-967-0-8

LEI 3500

AMCHI KUNSANG

GSO—BA RIG—PA
MIRACOLUL SĂNĂTĂȚII PRIN MEDICINA TIBETANĂ

Traducerea: Anca Gheauș

ANTET

Redactor: Crenguţa Năstase

ISBN 973-967-0-8

PREFAŢĂ

În această lucrare ni se propune o sinteză a sistemului medical tibetan. Aceasta reflectă deopotrivă abordarea sa riguros ştiinţifică şi simpatia călduroasă pentru un subiect plasat în perspectiva largă a relaţiilor între societăţile umane, sănătate şi boală.

Aceste calităţi au fost rareori întrunite de autorii precedenţi care au tratat această medicină într-o manieră abstractă în cadrul unor studii filologice sau care, adeseori, s-au lăsat în voia unui entuziasm necondiţionat, nedocumentat, ajungând chiar până la literatura de ficţiune atât de interesantă atunci când este vorba de "misterioasa ţară a zăpezilor".

Această artă a vindecării este totuşi în continuare o practică vie, uneori exclusivă, atât în Tibetul propriu-zis, cât şi în regiunile himalaiene.

Susţinerea oficială de care se bucură în ţări cum este China sau Bhutan ne poate ajuta să facem o evaluare cât mai exactă.

C.Jest

CUPRINS

Prefață semnată de C. Jest 3

Interesul pentru o mai bună cunoaștere a medicinei tradiționale 11
— Ce ascunde expresia „medicina tradițională"?
— Raportul istoric dintre marile tradiții în medicină și medicina modernă
— Medicina ca știință
— Medicina ca sistem
— Cum se justifică studiul sistemului medical tradițional

Istoricul cunoștințelor acumulate în Occident despre medicina tibetană 26
— Abordarea „etnologică"
— Abordarea „filologică"
— Cercetările botanice și farmacologice
— Abordarea „filosofică"
— Publicații recente ale autorilor tibetani

Despre metodologia aplicată a cercetării noastre 38
— Observațiile de teren
— Studiul operelor tibetane de referință
— Identificarea materialului medical

Izvoarele și dezvoltarea istorică a medicinei tibetane 50
— Sursele indiene
— Sursele chinezești

— Sursele autohtone
— Dezvoltarea istorică a medicinei tibetane, contextul geografic și sanitar

Documente medicale tibetane 80
— Lucrările de medicină
— Documente iconografice

Analiza diferitelor aspecte ale medicinei tibetane 97
— Embriologia
— Anatomia
— Fiziologia
— Fiziopatologia
— Semiologia
— Nosologia
— Stabilirea diagnosticului
— Pulsul — Examenul urologic
— Terapeutica
— Modul de viață — alimentația dietetică — medicamentele — intervențiile — principiile terapeutice — terapiile nemedicale
— Terapetul

Concluzii 187

Sistemul de transcriere utilizat, în ordinea alfabetului tibetan:

ka,	kha,	ga,	nga,
ca,	cha,	ja,	nya
ta,	tha,	da,	na,
pa,	pha,	ba,	ma,
tsa,	tsha,	dza,	wa,
zha,	za,	'a,	ya,
ra,	la,	sha,	sa,
ha,	a,		

Prezenta lucrare își propune să schițeze un tablou de ansamblu al sistemului medical tibetan. Astfel, limitele sale sunt determinate de diversitatea domeniilor abordate. Anumite aspecte vor fi în mod special aprofundate și analizate în lucrări viitoare. Nu avem pretenția de-a face aici o muncă de filolog și nu vom cita decât pasajele necesare înțelegerii globale a subiectului. Ne-am limitat în mod voluntar la o nosologie sumară deoarece este vorba de o problemă dificilă care necesită un studiu mai aprofundat al anumitor texte și o observație prelungită de teren. De asemenea, până în prezent am reușit să culegem numai unele date statistice extrase dintr-un număr mare de observații clinice competente care ar trebui să permită o orientare fertilă a cercetărilor farmacologice. În sfârșit, am preferat să ocolim în prezenta lucrare farmacologia medicamentelor care fac parte din materia medicală tibetană, deoarece acestea alcătuiesc singure un domeniu imens și o bibliografie bogată; de acea, am preferat să oferim, pentru început, o listă a medicamentelor pe care le-am putut identifica cu suficientă certitudine.

În primul capitol încercăm să ne concentrăm asupra unei mai bune cunoașteri a tradițiilor în medicină, mai ales atunci când acestea sunt analizate ca sisteme integrate într-o societate dată. Aceste sisteme depășesc cu mult noțiunea de medicină în sensul restrâns în care ne-am obișnuit să o înțelegem. În al doilea capitol, o trecere în revistă a bibliografiei ne permite să parcurgem istoria cunoștințelor dobândite în Occident asupra medicinei tibetane și să

prezentăm propria noastră metodologie de cercetare expusă în capitolul trei. Al patrulea capitol este consacrat izvoarelor artei tibetane de a vindeca și schițează, deopotrivă, evoluția sa istorică și contextul geografic și sanitar. Capitolul cinci expune diferitele tipuri de documente medicale disponibile în prezent și, în sfârșit, cel de-al șaselea capitol este dedicat analizei diverselor aspecte ale sistemului medical tibetan în măsura în care acestea apar în observația practicii și a studiului de text.

Fig. 1. Buddha al medicinei, Sman-bla, Bhaiṣajyaguru (Colecția autorului).

Omagiu Marelui Iluminat,
Maestrul Spiritual al Medicinei,
Regele Strălucirii Bérylului!

În țara medicinei numită Lta-na-sdug, locul înțelepților inițiați se află într-un palat clădit din cinci feluri de materii prețioase.

Ornamentația acestui palat!

El este împodobit cu prețioase bijuterii ale medicinei în forme diverse. Aceste giuvaiere vindecă cele 404 boli născute din dezechilibrul pneumei, bilei și flegmei, izolate sau combinate. Ele iau febra, vindecă bolile reci, liniștesc cele 80 000 de specii de spirite rele și îndeplinesc toate dorințele.

În sudul acestei țări (se află) Muntele Bigs-byed care are energie solară. (El e acoperit) de o pădure de plante care vindecă bolile reci: rodii, piper negru și piper lung, ardei etc., medicamente cu arome tari, acide, sărate, cu potențial cald. În încântătoarea țară Lta-na-sdug, înmiresmată de parfumurile plantelor rădăcinoase, lemnoase, cu frunze, flori și fructe, nu există boli reci.

În nordul acestei țări (se află) Muntele numit „Himalaya" (Gangs-can) care are energie lunară. (El e acoperit) de o pădure de plante care vindecă bolile calde: santal, camfor, a-ga-ru, nim-pa etc., medicamente cu arome amare, dulci, astringente și cu potențial rece și slab. În încântătoarea țară Lta-na-sdug, înmiresmată de parfumul plantelor rădăcinoase, lemnoase, cu frunze, flori și fructe, nu există boli calde.

În estul acestei țări (se află) Muntele numit „Parfumul de tămâie" (spos ndag ldan-pa) (acoperit de) o pădure de *terminalia chebula*. Rădăcinile vindecă afecțiunile oaselor, lemnul pe cele ale cărnii, ramurile pe cele ale vaselor și tendoanelor, scoarța pe cele

ale pielii, frunzele pe cele ale cavităților, florile pe cele ale organelor de simț, fructele pe cele ale inimii și organelor pline. În vârf se coc cele cinci feluri de fructe de terminalia chebula. Ele au cele cinci arome, cele opt potențe, cele trei proprietăți post-digestive și îmbină cele șaptesprezece calități. (De aceea ele) vindecă toate formele de boală. În încântătoarea țară Lta-na-sdug, înmiresmată de parfumul plantelor, cele 4o4 boli nu există.

În vestul acestei țări (se află) Muntele numit „Malaya", unde cresc cele „șase substanțe benefice" (bzang-po drug). Este muntele cu medicamente care vindecă toate bolile. Cele cinci feluri de carbonat de calciu cong-zhi, cele cinci feluri de izvoare calde având de jur-împrejur dealuri de șofran cu parfum de tămâie, pietre cu substanțe minerale și toate varietățile de sare. În pădurea de medicamente păunul, pasărea shang-shang și papagalul fac să răsune cântecul lor dulce. La poalele pădurii se află toate animalele purtătoare de substanțe benefice: elefantul, ursul, cerbul moscat. Nu există nimic în acest loc care să nu poată fi folosit în medicină.

Pe un tron de béryl, în centrul palatului, locuiește Maestrul numit „Învingătorul care a trecut dincolo", „Vindecătorul", „Maestrul Spiritual al Medicinei, rege al Strălucirii Bérylului". El e înconjurat de cele patru cete ale zeilor, înțelepților inițiați, nebudiștilor și budiștilor.

Rgyud-bzhi, vol. I, cap. 1

INTERESUL PENTRU O MAI BUNĂ CUNOAȘTERE A MEDICINEI TRADIȚIONALE

O primă întrebare pe care ar trebui să și-o pună cercetătorul occidental aplecat asupra artei tradiționale a vindecării se referă la interesul pe care îl poate prezenta o asemenea întreprindere. Dacă admitem de bunăvoie că medicina tradițională poate fi studiată de către etnologi în același fel ca folclorul unui popor sau de filologi care urmăresc să rescrie istoria pornind de la texte, poate să pară frivol că un medic găsește aici un subiect de reflecție. Etnomedicinei îi este cel mult recunoscută bogăția materiei medicale ale cărei elemente pot contribui la îmbogățirea cunoștințelor noastre. Tehnicile tradiționale care, ca și acupunctura, au stimulat curiozitatea medicilor occidentali sunt destul de puține ca număr.

După ruptura definitivă față de tradiția galenică, în zorii secolului trecut, n-a găsit oare medicina — în exclamația lui Magendie: „Să presupunem că nimic n-a fost făcut, că totul trebuie făcut", garanția succesului? De ce și-ar întoarce ea privirea orientată constant spre viitor atâta timp cât originea și natura ei o fac să fie privită cu suspiciune de către științele exacte? N-ar trebui, mai degrabă, ca medicina să se concentreze pentru a face din arta sa o veritabilă știință, decât să se lase distrasă de vestigiile unui trecut îndepărtat cu care nu mai are nimic în comun? De altfel, această opinie nu poate fi decât confirmată având în vedere beneficiile aduse de medicina modernă în țări care erau până atunci un teritoriu închis medicinei tradiționale și, mai mult, în țările de origine ale acesteia: medicina tradițională a fost des asociată

obscurantismului, combătut de noua elită indigenă formată în contact cu Occidentul.

Noi, din contră, considerăm că nu e inutil ca medicina formată ca disciplină ştiinţifică, păstrându-şi această caracteristică, să se intereseze de problemele etnomedicinei. Şi aceasta nu atât pentru răspunsurile pe care le-ar putea da, cât pentru întrebările pe care le-ar putea pune în schimb.

Înainte de a prezenta ceea ce am considerat că ne poate reţine atenţia în medicina tradiţională, vom aborda câteva probleme necesare înţelegerii acestui drum care, inutil de precizat, nu este polemic.

— Ce ascunde expresia „medicina tradiţională"?

— Raportul istoric dintre marile tradiţii în medicină şi medicina modernă.

— Medicina ca ştiinţă.

— Medicina ca sistem.

— Concluzia: de ce considerăm că studiul sistemelor tradiţionale merită atenţia medicilor occidentali.

Ce ascunde expresia „medicina tradiţională"?

Trebuie să precizăm de la început câteva chestiuni de terminologie. Opoziţia dintre medicina „tradiţională" şi medicina „modernă" nu trebuie să sugereze în mod dihotomic opoziţia între un caracter paseist, inflexibil şi minoritar al celei dintâi, şi aspectul creativ, dinamic şi hegemonic al celei de-a doua. Acest lucru a fost deseori făcut, de exemplu, Charles Lichtenthaeler mergând până la a grupa în *Istoria Medicinei* medicina indiană şi pe cea chineză sub numele de „medicina arhaică", având aceeaşi natură ca şi medicina egipteană, mesopotamiană şi prehipocratică. În voluminoasa sa lucrare de 596 de pagini, bine documentată, de altfel, el a consacrat Asiei numai 18 rânduri, pentru a spune:

„Să aruncăm o ultimă privire şi asupra Indiei şi Chinei. Aici patologia nu era mai dezvoltată decât cea din Egiptul antic... Indienii cunoşteau deja vaccinul şi puseseră bazele chirurgiei estetice, dar medicina lor era încă în stadiul arhaic. De altfel, ea subzistă astăzi în aceeaşi formă, alături de ştiinţele moderne... Sub influenţa doctrinelor lui Buddha, Confucius şi ale discipolilor lor, ea alătură componentelor fundamentale ale medicinei arhaice... un nou element: înţelepciunea orientală" (pag. 85-86).

După ce a aruncat o privire superficială asupra a douăzeci şi cinci de secole de istorie medicală asiatică încremenită în arhaismul ei, autorul consacră restul paginilor unei singure gândiri medicale creatoare, cea care porneşte de la Hipocrate şi ajunge până la medicina modernă. Această judecată etnocentrică e semnul unei necunoaşteri a faptelor şi, aşa cum vom demonstra în continuare, nu poate fi aplicată în nici un caz medicinei asiatice prezente sau trecute.

După studii recente (Leslie C., Otsuka Y., Croizier R.C., Obeyesekere G., 1977), medicina tradiţională nu este exclusiv conservatoare şi e deseori interesată de noile tehnici. Dacă e adevărat că teoriile fundamentale (şi încă o dată le putem aprecia gradul de asimilare: Unschuld P.U. şi Leslie C., 1977) n-au suferit transformări din momentul în care s-au constituit sistematic în corpuri doctrinare, fără îndoială că structurile profesionale şi anumite tehnici s-au transformat în perioada contemporană:

— Construirea de spitale, centre de cercetare, asociaţii profesionale, companii farmaceutice etc.

— Utilizarea de tensiometre, analize de laborator ale sângelui şi ale urinei etc.

Suntem departe de a spune că aceste inovaţii rezultate din contactul cu ştiinţa occidentală sunt expresia unei forţe creatoare, căci ele reprezintă deseori un semn al declinului. Din contră, trebuie semnalată vitalitatea chineză în adaptarea unei tehnologii moderne în acupunctură şi în difuzarea acesteia în străinătate. Dar,

mai ales, China a ştiut să dezvolte în mediul rural un sistem sanitar organizat care datorează mult medicinei tradiţionale şi care a fost conceput, pentru a servi de model unui număr de ţări în curs de dezvoltare (Huard P. şi Bossy Y., 1978).

Medicina tradiţională nu e nici „minoritară", nici „marginală". Până în zilele noastre mai mult de trei sferturi din umanitate (Brisset C., 1978) păstrează în domeniul diagnosticării şi al tratamentului tehnici şi concepţii provenind din secolele anterioare. Vindecătorii din toată lumea continuă să vegheze asupra sănătăţii celor de acelaşi sânge cu ei, dar numai Asia mai practică forme savante ale medicinei tradiţionale care corespund unei infrastructuri instituţionale solide şi coexistă mai mult sau mai puţin cu instituţiile medicinei moderne (Leslie C., 1977). Alături de vindecătorii populari, aceste forme savante de medicină continuă să furnizeze majoritatea serviciilor de sănătate, mai ales în India, în Sri Lanka, în China şi în Japonia. În aceste ultime ţări, de exemplu, medicina tradiţională chineză a cunoscut în dezvoltarea sa o renaştere paralelă cu dezvoltarea medicinei moderne. Societatea de Medicină Orientală grupează azi mai mult de 1500 de membri, susţinători ai programelor de cercetare, publică o revistă ştiinţifică, organizează congrese etc. (Otsuka Y., 1977).

Până de curând, medicina tibetană nu era considerată tradiţională, de vreme ce era singura cunoscută şi nu putea fi deci opusă unui sistem medical nou.

Medicina modernă este, de asemenea, numită „occidentală". Ea merită acest nume, în măsura în care a luat naştere în Vest şi păstrează elemente „tradiţionale" ce poartă semnul originii sale. Dar istoria acestor ultimi ani arată cum contribuţiile provenite din diverse părţi ale lumii au transformat parţial sau au redescoperit aceste elemente (Dunn F.L., 1977). Să ne gândim, de exemplu, la Japonia.

Termenul „alopatic" e folosit uneori în sens peiorativ faţă de medicina modernă în anumite medii care tind să opună „agresivitatea" antagonistă a medicamentelor occidentale unei acţiuni presupus agonistă şi, în consecinţă, fiziologică specifică medicinei tradiţionale. Vom vedea că aceasta nu înseamnă nimic şi

că principiul „contraria — contrariis" e aplicat deseori celor două sisteme.

Considerăm că este necesar să facem o distincţie, în ceea ce ne-am obişnuit să numim medicina tradiţională, anume între formele savante şi cele populare, deseori foarte diferite. Medicina modernă oferă şi ea aspecte diverse între felul în care se exercită în mediul spitalicesc şi universitar sau în cel rural.

În sfârşit, am putea opune medicina noastră „ştiinţifică" medicinii tradiţionale în sensul în care prima ar îndeplini toate criteriile unei ştiinţe, în timp ce a doua nu? Vom putea urmări în continuare complexitatea şi realitatea faptelor medicinii tradiţionale ceea ce anulează o asemenea segragare.

De asemenea, am vrea să citâm propunerile lui Dunn F.L. (1977) privind o nouă terminologie:

— „*Sisteme medicale locale*", care grupează cea mai mare parte a formelor de medicină „primitivă" şi „populară".

— „*Sisteme medicale regionale*" cum sunt medicina ayurvedică, *yūnānī* şi chineză (medicina „tradiţională savantă").

— „*Sistem medical cosmopolit*" pe care l-am numit până acum „modern", „ştiinţific" sau „occidental".

Regretăm, totuşi, că această nomenclatură nu poate include sisteme precum cel homeopatic, medicina antroposofică, auriculoterapia etc., a căror răspândire actuală în lume nu permite atribuirea termenului de „regional". Unschuld P.U. (1977) propune în acest caz denumirea de „medicina occidentală premodernă".

Raportul istoric între marile tradiţii în medicină şi medicina modernă

Cele trei mari tradiţii în medicină: mediteraneană, indiană şi chineză au fost sistematizate în câte un corp mare de-a lungul secolelor care au precedat era creştină. Prin urmare, ele au evoluat

în mod paralel departe de țara de origine, în cazul tradiției mediteraneană și indiană, conservându-și independența esențială. „Până când fuziunea cu matematica a făcut-o universală, știința naturală n-a putut fi proprietatea comună a întregii umanități". (Needham Y., 1973).

Nu vom aborda aici problema schimbului de experiență între tradiția greacă și cea indiană; această problemă a fost tratată pe larg de către Filliozat J. (1949), care a evidențiat împrumuturile făcute de greci de la indieni. Tradiția mediteraneană, așa cum a fost ea sistematizată de Galenius (sec. II), a fost transmisă prin cultura arabă Europei Medievale, unde s-a păstrat până la sfârșitul secolului al XVIII-lea. Medicina greacă, în arabă *yūnānī* a continuat să fie practicată sub acest nume în India, Pakistan, Sri Lanka etc..

Tradiția chineză a influențat practica medicală în Coreea, Japonia, sud-estul Asiei și Tibet. După ce a cunoscut un important declin în China sub influența occidentală, ea a jucat, în ultimele decenii, un rol important în transformările politice și sanitare ale acestei țări.

Tradiția indiană s-a răspândit în Birmania, în sud-estul Asiei, ajungând până în Mongolia, prin intermediul Tibetului.

Pe măsură ce s-au constituit în mari sisteme, aceste tradiții s-au individualizat ca branșe profesionale ale științelor. Ele au sfârșit prin a forma un corp medical calificat prin intermediul unor studii ample însoțite de diverse tehnici de vindecare mai rudimentare.

Toate aceste trei tradiții se referă la o teorie umorală:

— Cele patru umori în tradiția mediteraneană: bila galbenă, bila neagră, flegma și sângele.

— Cele trei umori esențiale în tradiția indiană: suflul, bila, flegma.

— Suflurile *k'i* și cele două principii *yin* și *yang* în tradiția chineză.

O bună stare de sănătate reflectă echilibrul umorilor (*eukrasia* grecească), dar dezechilibrul lor provoacă bolile influențate de anotimp, de regimul alimentar, de modul de viață etc. În linii mari, organismul uman, înțeles ca microcosmos, era echivalentul macrocosmosului și, astfel, fizica servea de model pentru fiziologie.

Se poate spune că medicinele tradiționale erau mult mai interesate de fiziologie — care necesită o percepție inductivă și sintetică — decât de substraturi, cunoscute prin cauzalitate și analiză. În acest fel, Porkert M. (1977) încearcă să explice primordialitatea istorică a primului mod de cunoaștere față de-al doilea. Într-adevăr, cel care folosește în cunoaștere o metodă inductivă și sintetică, va începe prin a observa înainte de-a face speculații, în timp ce investigația prin cauzalitate și analiza necesită un raționament și o acțiune prealabile observației. Percepția inductivă și sintetică a fiziologiei nu cere o acțiune inițială, ci îl obligă pe observator să-și suspende în mod conștient orice activitate care ar interfera cu fiziologia pe care o observă. Simplitatea și spontaneitatea sa ar putea să explice de ce filosofii de la începuturile speculației sistematice au adoptat acest mod de cunoaștere. Fiecare din aceste abordări este expresia unei alegeri și presupune, deci, anumite neglijențe. Să luăm un exemplu deosebit de relevant în ceea ce privește demersul științific în medicină. Deși efectul placebo — care poate depăși 20% într-un experiment medical — este un fapt științific recunoscut, el rămâne în întregime inexplicabil prin discursul științific (Clavreul J., 1978).

Vom vedea că în Asia — și mai ales în China, după cum arată Needham J. (1973) — gândirea inductiv-sintetică a prevalat de-a lungul întregii sale istorii, în timp ce în Occident, la sfârșitul Evului Mediu, el a regresat rapid, o dată cu dezvoltarea științelor naturii (Porkert M., 1977).

Dacă prin știința modernă înțelegem aplicarea reușită a ipotezelor matematicii asupra studiului experimental și sistematic al fenomenelor naturale, aceasta s-a născut efectiv în Occident în epoca lui Galenius (Needham J., 1969). Dar este acest lucru suficient pentru a nega caracterul științific al altor căi de cunoaștere cum sunt acelea care au fost și mai sunt încă folosite în Asia? Vom vedea că acestea din urmă se concentrează deseori asupra observației atente a fenomenelor, făcând un mare efort de înțelegere rațională a legăturilor dintre ele. Să ne reamintim rolul

important pe care, fără îndoială, l-au jucat mediile medicale indiene în elaborarea unei logici deseori foarte subtile (Filliozat J., 1970).

După Needham J., în China medievală exista deja un sistem experimental, desigur mult mai sistematic decât cel din Europa Evului Mediu. Dar el consideră că asocierea dintre matematică și experiență este deschizătoare de drumuri. Fapt este că experimentul necesită o intervenție activă și, chiar dacă aceasta a fost întotdeauna permisă în China în arte și în afaceri, ar fi fost mult mai dificil să i se confere o valoare filosofică (Needham J., 1969). Să nu uităm de numeroasele și importantele descoperiri (imprimeria, praful de pușcă, polaritatea magnetică etc.) pe care China le-a adus istoriei umanității și care, indiscutabil, au contribuit la dezvoltarea științei moderne. Lucrările lui Needham despre conceptul de „lege a naturii" în civilizațiile Asiei Orientale și Europei Occidentale subliniază relația care există între conceptele de „lege naturală", în sens juridic, și „lege a naturii" în sensul științelor naturale. În același fel în care legislatorii imperiilor pământești au stabilit un cod al legilor pozitive, o divinitate creatoare supremă și înzestrată cu rațiune a fixat o serie de legi cărora întreaga creație trebuie să li se supună. Această idee, absentă în Orient, este intim legată de avântul științelor moderne (Needham J., 1969). În Orient, și mai ales în China, unde nu există noțiunea unei autorități superioare (exterioare creației sale) — are întâietate ideea unei cooperări armonioase între ființele și lucrurile aflate într-o ierarhie care nu ascultă decât de o lege organică (*Tao*); aceasta este dictată prin determinismul interior al propriilor lor naturi. Taoiștii consideră, de altfel, că inteligența teoretică nu poate înțelege *Tao*.

Ar fi greșit să considerăm că în Occident medicina a urmat deîndată calea deschisă de științele moderne. Lucrările de anatomie din Renaștere au arătat că anticii se puteau înșela fără a continua dezbaterea subiectului. O descoperire atât de revoluționară cum a fost cea a lui Harvey (1628), privind circulația sângelui, n-a avut multă vreme aplicabilitate practică în medicină. Către anul 1830, medicii care luau sânge din plămânii atinși de pneumonie continuau să fie priviți cu dispreț de Magendie (Lichtenthaeler C.,

1975). Nu ajunge, de altfel, să observi și să experimentezi tu însuți pentru „a vedea". Astfel, Harvey rămâne fidel lui Aristotel care consideră inima cea mai caldă parte a organismului. El explică funcția inimii prin faptul că sângele „înghețat", după ce „și-a pierdut spiritul" sub efectul răcelii extremităților, trebuie să se refacă și să-și regăsească căldura prin intermediul unei surse originare. Harvey n-avea decât să pună degetul pe vena unui animal tăiat de curând pentru a constata că ipoteza lui era falsă. Din contră, el credea că distinge mici scântei în regiunea inimii (Lichtenthaeler C., 1975).

Au fost necesare descoperirile făcute la începutul secolului al XIX-lea pentru ca, cu prețul unei rupturi față de tradiția medicală antică și în contact cu științele naturii (influențate de Lavoisier și Laplace) să se dezvolte medicina experimentală care tindea să aplice organismului uman legile lumii neînsufletite. Claude Bernard a aprofundat considerabil concepțiile maestrului său, Magendie, și medicina va face în câteva decenii progrese considerabile prin metoda anatomo-clinică, nașterea bacteriologiei, inițierea în medicina clinică a laboratorului, aplicarea metodei statistice asupra cercetării medicale și dezvoltarea unei terapeutici eficace. Este de înțeles entuziasmul cercetătorilor din epocă, adeseori convinși că filosofia morală și politică nu va întârzia să adopte regulile elaborate de științele naturii pe calea unui progres continuu pentru binele oamenilor. Totul urma să devină „științific", materialismul ca și istoria, ideologiile și politica în aceeași măsură ca și fizica. Umanitatea a putut constata pericolele inerente ale acestui program ambițios. Progresele considerabile ale științei medicale și impactul lor asupra bunăstării sociale au avut diverse consecințe:

— O accelerare a procesului de profesionalizare bazată pe o formație medicală universitară standardizată și extinsă asupra sectoarelor paramedicale.

— O organizare ierarhizată a activității medicale, dominată de medici și concentrată în spitale.

— Intervenția crescândă a statului, responsabil de sănătatea publică, în organizarea și controlul serviciilor medicale și în

validarea și reglementarea tuturor formelor de practică medicală (Leslie C., 1977).

Toate aceste fapte demonstrează că în prezent trebuie să privim medicina atât ca știință cât și ca sistem.

Medicina ca știință

Normele vieții nu se dictează în mod științific.
, (Canguilhem G., 1943)

Discursul medical modern, în aspirația sa către statutul de știință se vrea obiectiv și independent. Această concepție sau mai degrabă această dorință face ca medicina să nu se analizeze ea însăși în termeni de descoperiri, de progrese intrinseci și de evaluări cantitative, deseori încredințate unor branșe specializate a căror valoare științifică este cu atât mai mare cu cât condițiile de exercițiu sunt mai apropiate de cele de laborator. Ori, și aici este particularitatea sa, medicina prin chiar obiectul și rațiunea ei de a fi, se înscrie într-o rețea de factori neștiințifici care o împiedică în mod constant să tindă către acest punct ideal.În plus, „densitatea sa științifică" variază considerabil pe măsură ce luăm o mostră dintr-unul sau altul din domeniile sale de activitate. Care va fi eșantionul reprezentativ: cel din medicina experimentală, cel din relația directă dintre doctor și bolnav, cel din terapeutică, din spitale, din mediul rural etc.?

Să urmărim, de exemplu, ceea ce se află în centrul oricărei medicine, dialogul unic între doctor și bolnav. Fără îndoială că e unul dintre aspectele vieții medicale a cărei caracteristică științifică este foarte ambiguă și unde medicina modernă și cea tradițională sunt tot una din punctul de vedere al bolnavului. O exigență a științei este păstrarea unei anumite distanțe și a unei atitudini obiective în raport cu obiectul investigației. În plus, observatorii

trebuie să fie interschimbabili, adică exact opusul a ceea ce așteaptă un bolnav: o relație privilegiată și personală, cel puțin din punctul de vedere afectiv, cu un doctor. În cele două extreme descoperim pe de o parte poziția cerută de către științele exacte și de cealaltă parte pe cea a vindecătorului „medium", așa cum o putem descoperi, de exemplu, în Asia. În loc să păstreze distanța, acesta din urmă încearcă, dimpotrivă, să o reducă (nu e el oare „intermediarul": medium-ul) până la a prezenta aceleași simptome ca și bolnavul. Cât despre medicina tradițională, ea se situează între aceste două extreme. Acest paradox îl regăsim la nivelul limbajului însuși. Bolnavul exprimă o trăire care prin ea însăși nu este direct utilizabilă de către știință și care trebuie filtrată de doctor, ceea ce uneori produce sentimentul de neliniște. Invers, discursul științific pe care acesta îl face despre boală, rămâne, deseori străin, dacă nu chiar iritabil, pentru bolnav. Acest lucru e în contrast cu medicina tradițională, unde doctorul și bolnavul își extrag limbajul din aceleași surse ale imaginarului. „Toate puterile unui spațiu vizionar prin care comunică doctorii și bolnavii, psihologii și practicienii (problemele nervoase, arsurile, organe arse sau întărite, noua naștere a corpului din elementul benefic al apei) n-au dispărut; ele au fost deplasate și oarecum încarcerate în singularitatea bolnavului, alături de simptomele subiective care nu mai definesc pentru doctor o lume a cunoașterii ci o lume a obiectelor de cunoscut" (Foucault M., 1963).

Nu ne așteptăm la o terapeutică al cărei caracter empiric rămâne dominat, chiar în medicina modernă, pentru a pretinde că există un regres față de ceea ce înțelegem în mod obișnuit prin medicină și pentru a o include într-o rețea de parametri formând un sistem medical.

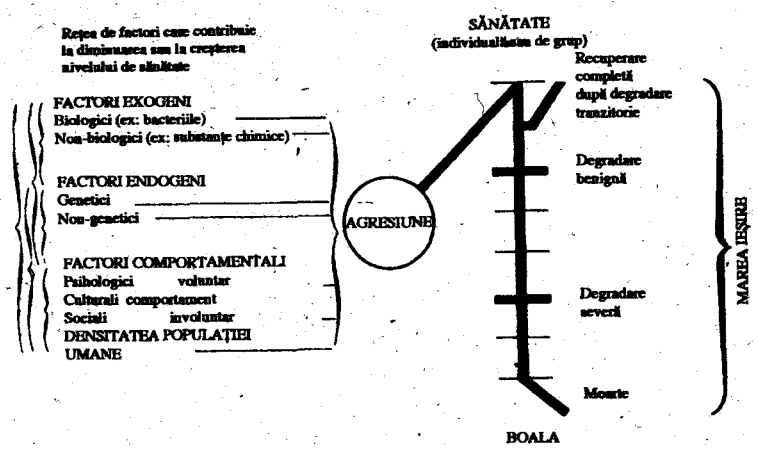


Fig. 2. Reprezentare schematică a sistemului medical după Frederick L. Dunn, (1977), Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems.

Medicina ca sistem

Această abordare are avantajul de a pune în evidență aspectul dinamic și multiplu al interacțiunilor agoniste și antagoniste care, în ansamblul lor, pot promova mai mult sau mai puțin parti-pris-ul explicit al medicinei: și, de asemenea, definirea unui sistem medical. Prin abordarea medicinei moderne și a medicinei tradiționale, regionale sau locale ca sisteme, compararea lor ne poate face beneficiarii unei noi înțelegeri. Ar fi sterilă compararea exactității științifice și a eficacității anumitor terapeutici ale medicinei moderne cu speculațiile și cu metodele de tratament tradițional: superioritatea primeia este cel mai adesea o evidență care face inutilă o asemenea încercare. În schimb, printr-o abordare sistematică, comparația trebuie încercată deoarece, în fond, tocmai

măreția „ieșirii" sistemului (în termenii ciberneticii) e cea care reprezintă un serviciu real adus sănătății.

Organizația Mondială a Sănătății dă următoarea definiție sănătății: „Stare de bine fizic, mental ori social și nu pur și simplu absența bolii". Această definiție, într-un fel utopică, are cel puțin meritul de a traduce absența bolii într-o propoziție pozitivă și de a conferi serviciilor de sănătate, așadar, medicinei, o misiune mai globală decât aceea care i se atribuie prin tradiție. Pentru Dunn F.L., această definiție a sănătății este prea statică, el concepând-o mai degrabă ca fiind starea dinamică a unui individ sau a unei societăți, în variație constantă. El propune, deci, reprezentarea acesteia printr-o scară verticală în care o zonă medie reprezintă tranziția unui individ sau grup între starea de sănătate și cea de boală. Această concepție dinamică a nivelelor de sănătate sugerează ideea adaptării atunci când organismul sau grupul suferă agresiuni succesive cărora le răspunde. Astfel, o infecție (poate inaparentă) poate antrena o diminuare a sănătății, uneori definitivă, așa cum poate și contribui, prin mecanismul imunizării, la o stare bună de sănătate prelungită. Aceasta poate, de asemenea, să fie obținută în mod voluntar printr-o imunizare artificială. Același lucru ar putea fi spus despre stressul psihologic sau social. Agresiunea nu semnifică, deci, boala, căci ea poate diminua nivelul de sănătate în mod tranzitoriu sau permanent, cu puține efecte, sau, dimpotrivă, fiind responsabilă de o creștere permanentă a sănătății potențiale. Aceste influențe rezultă din interacțiunea parametrilor unei rețele întregi ale căror variații reciproce pot modifica nivelul de sănătate în sus sau în jos.

Categoria factorilor comportamentali se împarte în voluntari și involuntari, de unde rezultă patru tipuri de comportamente:

— creștere (prin mijloace voluntare)
— degradare (prin mijloace voluntare)
— creștere (prin mijloace involuntare)
— degradare (prin mijloace involuntare)

(Dunn F.L., 1977).

Această schemă poate fi aplicată unor nivele diferențiate: cel al individului și cel al unei societăți. De exemplu, în cazul unui individ sceptic medicina modernă, în măsura în care e un comportament voluntar ce vizează să restabilească sănătatea, joacă

un rol aproape exclusiv, şi aceasta mai ales graţie înaltului său potenţial ştiinţific. Să luăm un subiect care prezintă tulburări funcţionale, deseori datorate altor dezechilibre ale mediului: medicina tradiţională sau populară, mai ales atunci când este aplicată în contextul propriu, va avea, din contră, o eficacitate surprinzătoare.

Percepţia unei bune sănătăţi variază, de altfel, în funcţie de reprezentările personale ale bolnavului şi de mediul său cultural. Astfel, o stare morbidă răspândită ar putea să nu fie resimţită ca anormală şi necesitând un remediu. Acest lucru a fost dezvăluit pentru trahoma în anumite comunităţi chineze (Polunin I., 1977). În plus, ceea ce într-o societate dată ar putea fi considerat ca o mare vitalitate (agitaţia deseori frenetică a societăţilor occidentale) şi ca un element al reuşitei, poate fi perceput în alt loc ca o stare morbidă care necesită tratament. Referitor la statutul medicinei, el a fost formulat concis şi în mod clar de către Canguilhelm G. (1966): „A vindeca înseamnă în principiu, a readuce la normalitate funcţiile dereglate ale unui organism. În medicină, norma e preluată de obicei din domeniul fiziologiei, numită ştiinţa omului normal, din experienţa pe care aceasta o are în legătură cu funcţiile organice, şi din reprezentarea comună a normei într-un mediu social la un moment dat".

Cum se justifică studiul sistemelor medicale tradiţionale

Asia constituie, în mod special, un câmp de observaţie privilegiat al istoriei medicinei tradiţionale şi al rolului pe care aceasta îl joacă într-o societate dată. Medicina foloseşte două modele cognitive distincte atunci când e vorba despre medicina tradiţională (inductiv-sintetică) sau de medicina modernă (cauzal-analitică). Comparaţia medicinei tradiţionale cu medicina cosmopolită permite astfel observarea avantajelor şi dezavantajelor fiecărui model.

Studiul pe teren permite apropierea de o modalitate în care, la un moment dat şi într-o anumită cultură, vindecătorii şi bolnavii îşi trăiesc reciproc rolurile şi concepţiile despre sănătate şi boală.

Aceasta va permite, poate, stabilirea câtorva constante trans-culturale şi atemporale care ne-ar putea ajuta înţelegerea.

Studiul etno-medicinei pune în evidenţă că eficacitatea sa reală este, de fapt, legată de parametrii care depăşesc medicina în sens strict şi formează un ansamblu pe care l-am definit mai înainte ca fiind un sistem medical. Aceasta implică faptul că medicina, ca şi întreaga societate, dacă doreşte promovarea vieţii, trebuie să-şi îndrepte atenţia asupra tuturor parametrilor acestui sistem de teamă că avantajele dificil obţinute prin dezvoltarea uneia dintre ele să nu fie parţial anulate prin variaţia în sens invers a celeilalte.

Medicina tradiţională poate juca un rol important în creaţia unei infrastructuri sanitare în ţările în curs de dezvoltare. În acest caz, China este un exemplu relevant şi Organizaţia Mondială a Sănătăţii pare să fi reţinut principiul (Taylor C.R., 1977).

În sfârşit, studiul materialului medical tradiţional poate oferi diverse avantaje: el a fost şi rămâne o rezervă atât pentru cercetarea şi izolarea produselor active, cât şi pentru fitochimie. Într-adevăr, sondajele făcute în S.U.A. (Fransworth, 1965), în Germania (Schulters, 1970) şi în Franţa (Pelt, 1972) arată că 50% din medicamentele specializate actuale au la bază substanţe naturale, dintre care mai mult de jumătate sunt extrase din plante superioare. Nu vom cita decât cele mai importante medicamente importate din alte ţări: *curara şi chinina* din America de Sud, *strophantus* şi plante cu cofeină din Africa; *strichnos*, *ephedra* şi *rauwolfia serpentina* din Asia etc. După ce am constatat eficacitatea reală a anumitor medicamente tradiţionale, infrastructurile necesare unui asemenea studiu existând chiar mai mult decât în India şi China, aceste medicamente ar putea servi în regiunile în care medicamentele industriale sunt încă un lux inaccesibil. De aceea, Organizaţia Mondială a Sănătăţii a inclus în planurile sale stabilirea unei liste a celor mai utilizate plante medicinale din lume, plante care ar putea ajuta în rezolvarea urgenţelor medicale în ţările în curs de dezvoltare, în special în tratamentele anumitor afecţiuni intestinale, care este o problemă majoră pentru această parte a lumii. Plantele medicinale pot, de asemenea, să reprezinte o sursă importantă de venituri pentru anumite ţări cum e Nepalul (Malla S.B., 1976).

ISTORICUL CUNOȘTINȚELOR ACUMULATE ÎN OCCIDENT DESPRE MEDICINA TIBETANĂ

O scurtă bibliografie istorică ne va permite să selectăm diferitele abordări ale medicinei tibetane încercate până în prezent și va fi o introducere a propriei noastre metode de studiu. Informațiile care privesc medicina tibetană trebuie să fie cercetate în diferite tipuri de lucrări, pe care le putem grupa schematic în câteva tendințe: între acestea, rareori, a existat o colaborare:

— Abordarea „etnologică"
— Abordarea filologică
— Cercetările botanice și farmacologice
— Abordarea „filosofică"
— Publicații recente ale autorilor tibetani.

Nu vom semnala aici decât lucrările care ni se par importante sau reprezentative pentru un anumit demers. Ceilalți autori nu au tratat subiectul nostru decât în mod accesoriu și ca urmare lucrările lor sunt menționate în bibliografia generală.

Abordarea „etnologică"

Este cea mai veche, chiar dacă misionarii și călătorii de altă dată n-au avut, desigur, pretenția de-a face munca de etnolog în sensul în care înțelegem astăzi acest cuvânt. Ei erau mult mai înclinați să descrie dificultățile misiunii lor în aceste țări,

considerate inaccesibile sau să-și exprime uimirea în fața priveliștii unice a lamaismului, decât să facă observații precise privind medicina indigenă.

Se pare că părintele Ippolito Desideri, care a ajuns în Lhasa în 1716 unde a stat câțiva ani, a fost primul care a descris anumite aspecte ale medicinei tibetane. El scrie în jurnalul său (cap. XV. De Filippi F., 1932): „Medicina este singura profesie ai cărei practicanți sunt calificați. Ei sunt numeroși și foarte pricepuți. Nu au obiceiul de a afla de la pacient ce simte și cum suferă, dar iau mai înainte de toate pulsul, de două ori înainte de a pune diagnosticul. Nu au multe medicamente, dar acestea sunt din plante medicinale indigene sau importate din China, Nepal și India. Administrate în general sub formă de pilule sau prafuri, ele sunt deseori luate și de vindecător. Maeștrii sunt bine plătiți, și ei specifică, de obicei, onorariul pe care îl cer înainte de a începe tratamentul". Desideri este, de asemenea, primul care ne-a dat informații despre epidemiologia tibetană: „Grație climatului bun și salubru, nu există multe boli în afara marilor orașe ca Lhasa și Gyantse, unde libertatea moravurilor favorizează bolile venerice. Acestea au un tratament care le vindecă rapid, dar nu definitiv, ele repetându-se deseori. La fiecare 10 sau 20 de ani, o epidemie de variolă atinge un număr mare de persoane, iar dacă aceste epidemii sunt mortale, este pentru că toți cei care prezintă simptomele sunt exilați departe de oraș... evitați de toată lumea, în afară poate de câțiva care au avut deja variolă. Odată epidemia trecută, nu mai există cazuri timp de ani întregi" (cap. XVI). Părintele Desideri, care a învățat tibetana pentru a scrie lucrări în care respinge teoriile budiste, a citit desigur cărți de medicină, așa cum dovedește o notă a sa despre embriologie: „După doctrina tibetană, embrionul trece prin numeroase stadii. Ei nu consideră, așa cum facem noi, că sufletul intră în corpul embrionului atunci când acesta atinge un stadiu de dezvoltare suficient. Dimpotrivă, ei afirmă că acesta intră în momentul concepției și se integrează imediat în materie, care, după ei, provine atât de la tată cât și de la mamă" (cap. IX).

Th. Saunders, chirurgul englez care l-a însoțit pe Turner în 1783, descrie luarea pulsului, tratamentul sifilisului prin preparate

cu mercur și câteva cazuri de patologie întâlnite. De asemenea, el a adus niște eșantioane de material medical (Gammermann A.F., 1963).

Spre sfârșitul secolului al XVII-lea, Pallas P.S. aduce primele informații referitoare la medicina tibetană practicată în Mongolia (Pallas P.S., 1776, 1801, vol. II).

În 1850 părintele Hook descrie, în *Amintiri dintr-o călătorie în Tartaria, Tibet și China*, practicile medicale (în special examenul de urină și culesul de plante), pe care le-a putut observa în faimoasa mânăstire din *Sku-'bum*.

S.C.Das, indianul erudit care a făcut mai multe călătorii în Tibet între 1879 și 1882, povestește în *Călătorie în Lhasa și Tibetul central* (1902) cum a fost îngrijit de către bătrânul doctor al mânăstirii din *Bsam-lding* și felul în care i s-au administrat relicve (*ring-bsrel*) și un ritual de longevitate (pag. 131-134). De asemenea, el a vizitat colegiul de medicină din *Lcags-po-ri* în Lhasa (pag. 195), dar nu ne oferă nici o descriere. În altă parte, el citează cele câteva boli care erau, după el, cele mai răspândite în Tibet (pag. 259-260).

În 1890, rusul Ptizyn publică *Informații etnografice despre medicină tibetană la buriați*[1] și aduce eșantioane de material medical la St. Petersburg (Gammermann A.F., 1963). Acesta a fost începutul a numeroase lucrări rusești privind medicina „tibetană" practicată în această regiune.

În expunerea expediției sale în Tibetul de Est (1891), W.W. Rockhill descrie la rândul său examenul pulsului și administrarea de prafuri dozate „cu o linguriță de argint". După părerea lui, îngrijirea este gratuită (pag. 132).

În 1891, doctorul Kirilov N.V. face o comunicare despre „importanța actuală a medicinei tibetane ca parte a doctrinei lamaiste" în fața Societății de Geografie a Rusiei (Gammermann A.F., 1963). Comunicarea sa se referă la buriați și semnalează existența unor texte consacrate despre materialul medical (Lauffer H., 1900).

[1] Grup etnic ocupând regiunea situată în estul lacului Baical.

În cursul expediției militare Younghusband împotriva Tibetului (1903-1904), A.Waddel vizitează „Templul Medicinei" (colegiul medical *Lcags-po-ri* din Lhasa. El îi face o foarte scurtă descriere în *Lhasa și misterele sale* (1905, pag. 376-378) și aduce desene de anatomie publicate de Walsh E.H.C. în 1910.

În continuare, Tibetul a fost închis călătorilor și singuri rușii au putut continua studiul medicinei „tibetane" în țările buriate. Puțini etnologi s-au ocupat recent de medicina tibetană. Semnalăm notele lui C. Jest în *Comunitatea Dolpo de limbă tibetană din Nepal* (1975) și, de asemenea, eșantioanele de material medical și ierburile pe care el le-a adus din Dolpo, Kutang, Nub-ri și Takucha, din Nepal: acestea ne-au servit parțial în cercetarea noastră.

Abordarea filologică

Aceasta a debutat cu Alexander Csoma de Kőrös care a publicat în 1835 analiza *Rgyud-bzhi* (*Cvadruplul tratat*)[1]. Este vorba despre traducerea notelor care i-au fost furnizate de către profesorul lui de tibetană, lama Sangs-rgyas Phun-tshogs. Lucrarea este o analiză foarte exactă care arată că informatorul lui Csoma de Kőrös nu era profan în materie de medicină. Cel mult pot fi depistate câteva erori de detaliu:

— vol.I, cap.2: A șaptea din cele opt ramuri ale medicinei[2] nu tratează „bolile bătrâneții" ci încercarea de a evita îmbătrânirea.

[1] Lucrare fundamentală a medicinei tibetane.

[2] Medicina tibetană a împrumutat din *Āyurveda* subdivizarea științei medicale în opt ramuri.

În medicina ayurvedică, după Carakasaṃhitā (sū. 30,30):

1 — chirurgie generală *(śalyāpahartṛka)*.
2 — oto-rino-laringologie și oftalmologie *(śalakya)*.
3 — terapeutică generală *(kāyacikitsā)*.
4 — toxicologie *(viṣagaravairodhikapraśamana)*.
5 — demonologie *(bhūtavidyā)*.
6 — obstretică și pediatrie *(kaumarabhṛtya)*.
7 — medicina de întreținere și de întinerire *((rasāyaha)*.
8 — medicina afrodisiacelor *(vājkaraṇal)*.

Termenul *rgas* este, de asemenea folosit cu acest sens în versiunea tibetană a *Aṣṭāṅgahṛadyasaṃhitā* 1. I-5 (VogelC., 1965, pag. 50). Ea corespunde celei de-a şaptea ramure a medicinei ayurvedice: *rasāyana*. E. Finck face aceeaşi greşeală ca şi Csoma de Kőrös (1975, pag. 34).

În articolul lui Csoma de Kőrös se găsesc, de asemenea, câteva greşeli de interpretare datorate unor erori ortografice din textul tibetan.

— vol. 2, cap. l: Volumul bilei nu este acela al „excrementelor", ci cel al pungilor (*bsang-'gro*, fără îndoială, în loc de *gsang-sgro*);

— vol. 3, cap. 16: nu temperatura (*tshad*) trebuie avută în vedere în alimentaţie, ci cantitatea (*tshod*);

— vol. 4, cap. 22: nu este consacrat „utilizării de amestecuri toxice" (*dug*) ci aplicaţiilor externe calde sau reci (*dugs*).

În 1898 şi 1903 Badmaev P.A., de origine buriată, care a studiat medicina tibetană într-o mânăstire din regiunea sa natală şi a frecventat apoi Academia militară de medicină din St.Petersburg, publica o traducere liberă în limba rusă a primului şi a celui de-al doisprezecelea volum din varianta mongolă a *Rgyud-bzhi* (Guseeva-Badmaeva A.P., 1972). El a deschis o „clinică lamaistă" înfloritoare în St. Petersburg (Lauffer H., 1900). Mai târziu, familia Badmaev s-a stabilit la Varşovia, unde nepotul autorului precedent, Badmajeff W., a publicat mai multe articole despre medicina tibetană.

În 1900, H. Lauffer încearcă, în teza sa de doctorat în medicină, să ofere o sinteză a tot ce fusese scris până atunci despre

În medicina tibetană după *Rgyud-bzhi*, vol.I, cap. 2:
1 — medicina generală *(lus)*.
2 — bolile copilăriei *(byis-pa)*.
3 — bolile femeilor *(mo-nad)*.
4 — demonologie *(gdon)*.
5 — răni şi chirurgie *(mtshon)*.
6 — toxicologie *(dug)*.
7 — procedee de întinerire *(rgas)*.
8 — medicina afrodisiacelor *(ro-tsa)*.

medicina tibetană. În partea introductivă de teorie medicală, el se referă mai ales la Csoma de Kőrös (1835) şi la autorii ruşi. El da, de asemenea, o listă a bolilor care par a fi cele mai frecvente în Tibet, dacă luăm în consideraţie scrierile călătorilor şi, în sfârşit, discută identitatea anumitor medicamente referindu-se la farmacopeea pe care o prezentase Rehmann (1811), precum şi cea din dicţionare şi la diverşi autori. Această metodă de studiu îl induce în eroare de mai multe ori.

În 1901 şi 1903, călugărul Dambo Ul'janov publică o traducere în rusă a primului volum din *Rgyud-bzhi*, dar aceasta este incompremensibilă (Unkrig W.A., 1953).

În 1895, G.Huth face un inventar al volumelor 177-127, partea de medicină a unei Sutre[1] din *Bstan-'gyur*[2]. Această muncă a fost reluată de P.Cordier în 1903 pentru textele medicale, fiind completată cu tabele analitice şi cu precizări asupra tratatelor sanscrite corespunzătoare unelor versiuni tibetane.

În 1887, A.M.Pozdneev publică în rusă o analiză a lucrării medicale tibetane *Lhan-thab*, apoi o traducere a versiunii mongole a *Rgyud-bzhi*. Terminologia, redată în manieră literară, devine lipsită de înţelegere (Guseeva-Badmaeva A.P., 1972).

În 1910 şi 1911 apar descrierile datorate lui E.Walsh şi A.Waddel, precum şi a planşelor anatomice pe care acesta din urmă le-a descoperit la Lhasa, în 1904.

În 1913, F.Hübotter îl reia pe Pozdeev în *Beitrage zur Kenntnis der chinezischen sowie der tibetisch mongolischen Pharmakologie* şi întocmeşte o listă de medicamente cu numele lor tibetane, mongole şi chineze. După Laufer B. (1916, pag. 339-340), numele chinezeşti at fi fost pur şi simplu adăugate unui original tibeto-mongol pentru a veni în ajutorul farmaciştilor chinezi din

[1] *Sūtra* (sanscrita) aforism, text deschis.

[2] *Bstan-'gyur* (lit.: „Traducere a tratatelor") formează împreună cu *Bka'-'gyur* (lit.: „Traducere a tratatelor") dubla enciclopedie canonică a budismului tibetan a cărui compilaţie este în principal opera celebrului erudit Bu-ston (1290-1364). *Bka'-'gyur*, în 100 sau 108 de volume, conţine toată învăţătura atribuită lui Buddha, iar cele 225 volume din *Bstan-'gyur* cuprind în special comentarii şi alte opere ale maeştrilor budişti indieni.

Pekin în relațiile comerciale cu Mongolia și Tibetul. F. Hübotter publică încă o dată această listă în 1957.

Identificările pe care le propune pleacă de la denumirile chinezești și presupun o concordanță exactă cu materialul medical tibetan. Vom vedea că, deseori, nu este așa.

În 1928, W.A.Unkrieg descrie manuscrisul unui material medical tibeto-mongol redactat și ilustrat de un lama buriat, între 1845-1847.

În 1937, J.Filliozat traduce volumul III, cap.3 din *Rgyud-bzhi* (capitol despre tratamentul demonilor la copii) în *Kumāratantra de Rāvana*.

În 1954, același autor publică traducerea volumului I, cap.3 din *Rgyud-bzhi*.

În 1965 este publicată de către C.Vogel traducerea engleză paralelă, la versiunea tibetană și la originalul sanscrit, a primelor cinci capitole din Aṣṭāṅgahrdayasaṃhitā (Aṣ). Această mare lucrare clasică de medicină ayurvedică, atribuită lui Vāgbhaṭa (sec. VII) a fost tradusă în tibetană în secolul al XI-lea (Vogel C., 1965), fiind încorporată mai târziu în *Bstan-gyur*. Munca lui C.Vogel este fundamentală, căci el a precizat pentru prima oară tehnicile de traducere a sanscritei în tibetană, aplicându-le unui text medical, ca și echivalentele folosite.

În 1973, R. Emerick publică o traducere a volumului 1, cap.III din *Rgyud-bzhi*. El este primul care s-a aplecat asupra lui Vaiḍūrya sṅgon-po[1] pentru a înțelege *Rgyud-bzhi*, ceea ce i-a permis să rectifice câteva greșeli deseori întâlnite la Filliozat J. (1954).

În 1975 apare *Grundlagen tibetischer Heikunde* (vol. I) de E. Finckh. Autorul, medic internist, a făcut două călătorii, în 1962 și 1967, în Himalaya, în special la Dharamsala. Grație indicațiilor lui lama Yeshe-Donden, unul dintre fondatorii „școlii medicale tibetane" și cu concursul unor tibetologi ca R.E.Emmerick, aceasta

[1] *Vaiḍūrya sngon-po* (Acvamarinul): numele unui foarte celebru comentariu din *Rgyud-bzhi*.

ne propune un competent cuprins al *Rgyud-bzhi* și, de asemenea, traducerea capitolelor 3 și 6 din primul volum al acestei opere.

1977: R.E. Emerick în *Surse ale Rgyud-bzhi* respinge opinia răspândită potrivit căreia *Rgyud-bzhi* este versiunea tibetană a unui original sanscrit pierdut[1]. El compară apoi anumite pasaje din *Rgyud-bzhi* cu versiunea tibetană a *Aṣṭāṅghṛdayasaṃhitā* (Aṣ).

Cercetările botanice și farmacologice

Prima publicație privind materialul medical „tibetan" datează din 1811. O datorăm lui Rehmann, un doctor rus care a participat la expediția contelui Golovkin în China. Acesta a cumpărat, la frontiera chino-rusă, o farmacie portabilă conținând 60 de produse care proveneau din Pekin, dar alé căror nume erau în tibetană. Aproape jumătate din conținut a fost identificat cu ajutorul unui botanist (Gammermann A.F., 1963).

În 1898, Pozdneev aduce din călătoria sa în țările buriate 193 de eșantioane de material medical și 120 de plante de ierbar (Gammermann A.F., 1963).

Începând cu anul 1927, au fost organizate mai multe expediții ruse pentru studiul materialului „tibetan" în țările buriate și în Mongolia. Lista acestor expediții se găsește în publicațiile lui Gammermann A.F. (1963) și ale Guseevei-Badmaeva A.P. (1972). Rezultatul a fost redactarea de către Gammermann și Semicov, în 1963, a unui dicționar tibetan-latin-rus de plante medicinale.Acesta aduna informația din peste unsprezece colecții diferite realizate între 1898 și 1933, provenind din Mongolia, din regiunea buriaților și chiar din bazinul Volgăi (Coll.1). O a doua parte era ilustrată având desene originale dintr-un „*atlas medical tibetan*", păstrat în muzeul din Oulan-Oude (Gammermann A.F., 1963). Nu știm dacă aceasta a văzut lumina tiparului. Acest dicționar pierde din păcate

[1] Am criticat această teză în paralel și din aceleași motive (Meyer F., 1977).

mult din interesul său, din cauza metodei de lucru a autorilor. Colecții de material medical „tibetan", realizate de echipe de lucru de competență inegală, în perioade și în condiții diferite, în regiuni deseori îndepărtate unele de celelalte, nu pot oferi un material omogen, propriu integrării într-o asemenea lucrare. Astfel se explică faptul că, sub un același nume tibetan, găsim plante uneori asemănătoare, deseori foarte diferite. Fructul *„skyu-ru-ra"*, de exemplu, este identificat deopotrivă ca *crataegus pinnatifida* (păducel), *mallus baccata* (măr) și *phyllanthus emblica* (euforbicee). În funcție de ce criterii ar trebui să preferăm una din aceste variante? Aici, confruntarea unui medicament cu descrierea dintr-o lucrare tradițională ar fi fost indispensabilă. Invers, vom găsi sub un același nume latin mai multe nume tibetane care par astfel sinonime, deși desemnează plante diferite în lucrările tibetane de material medical. Ce să mai spunem atunci de lunga listă de nume tibetane care desemnează, de exemplu, o serie întreagă de specii diferite de gențiane, ceea ce lasă să se creadă că tibetanii le individualizau pe fiecare în parte. În realitate, numele tibetane desemnează întotdeauna aceeași plantă *„gențiana"*, dar se referă la diferitele ei părți: *„ flori de gențiană"*, *„ frunze de gențiană"*, *„rădăcini de gențiană"* etc., iar aparenta complexitate nu se datorează decât juxtapunerii de colecții cu diverse origini. În sfârșit, acest dicționar mai cuprinde câteva identificări dubioase ca: *cypripedium calceolus*, care nu cresc în Asia.

Studii de farmacologie și fitochimie au fost conduse de M.H. Warlakov, iar o experimentare clinică privind anumite medicamente a fost făcută la Tomsk, ca și izolarea principiilor active la Institutul de Farmacologie din Leningrad (Guseeva-Badmaeva, 1972).

Abordarea „filosofică"

Aceasta a avut și și-a păstrat partizanii ei, cu atât mai mult cu cât „inaccesibilitatea" Tibetului și bogăția experiențelor sale

religioase stimulează de multă vreme imaginația autorilor occidentali. Tibetanilor li s-au atribuit puteri „supranaturale" și, „secrete", iar medicina lor n-a scăpat de această prejudecată. Fără a aborda literatura de pură ficțiune, vom cita aici doar câteva exemple:

Dr. J.C. de Tymowski a publicat în 1966 un fascicol intitulat *„Privire asupra medicinei tibetane. Masajul tibetan într-o conferință a Dr. P. Badmajeff"*. Masajul „tibetan" care va fi în continuare numit „operația uscată" (?) nu este descrisă în cărțile pe care le cunoaștem și, nu a fost niciodată văzut în practică. Din contră, s-ar putea ca aceasta să aibă o oarecare legătură cu medicina chineză. Autorul ne spune, de asemenea, că „cercetători recenți" ar fi arătat, într-un „mod neașteptat", că cele trei umori tibetane, pe care el le asociază sistemului limfatic, lichidului cefalo-rahidian etc. ar fi într-un „raport de analogie cu cele trei straturi embrionare: ectodermul, mezodermul și andodermul"...

Th. Illion a publicat sub diverse pseudonime (T.Nolling, T.Burang) mai multe lucrări dintre care ultima (*Tibetische Heilkunde*, 1974), tocmai a fost tradusă în engleză. Găsim aici o mulțime de clișee și câteva revelații fără de care sursele tibetane n-ar fi fost niciodată citate. Autorul scrie, între altele, că „tibetana cultivată contemporan" ar folosi termenul *khab-len* pentru a desemna injecțiile. Ori, dacă acest nume conține cuvântul „ac" (*khab*), el este folosit pentru „ceea ce atrage acul" (*khab-len*), adică magnetul.

În încheiere, vom aminti voluminoasa lucrare *Tibetische Medizin-philosophie*, scrisă de Korvin-Krasinski (1953). În această operă de erudiție, teminologia — atât cea tibetană cât și cea sanscrită — este ireproșabilă. Ne temem, însă, că marea frescă propusă de autor, cu multiple corespondențe și numeroase „nivele" se află destul de departe de preocupările reale ale medicinei tibetane. Ar fi la fel de interesant de cunoscut termenii tibetani care desemnează „secrețiile prostatei", „duodenul" sau „radiația magnetică".

Publicații recente ale autorilor tibetani

Din păcate, acestea sunt destul de rare până în prezent, dar se poate spera că, o dată cu numărul mare al tinerilor tibetani care învață limbi europene, acest gen de studii se va dezvolta. Acești autori ar trebui să aibă mai mult acces la schemele de gândire și la materialele tradiționale.

Dorim totuși să atragem atenția asupra anumitor tendințe proprii acestor publicații:

O tendință de a glorifica tradiția: astfel, Yeshe-Donden afirmă în *Tibetan Review* (mai-iunie 1974, pag. 21) că acupunctura este, de fapt, de origine tibetană. Este destul de amuzant să observăm că, pe de altă parte chinezii consideră medicina tibetană o simplă ramură a medicinei lor (*China Reconstruct*,vol. XXV, 3, pag. 40-41, martie 1976). Pentru Rechung Rinpoche (1973, pag. 26): „Circulația sângelui prin inimă e cunoscută medicinei tibetane cel puțin din secolul al VIII-lea i. Ch.". Desigur, el nu aduce nici o dovadă concretă.

O tendință de „modernizare" a tradiției traducând tibetana în termeni științifici prost stăpâniți de către autori. Astfel, Rechung Rinpoche (1973, pag. 32), în traducerea unui pasaj privind embriologia: „Ovarele se află la stânga și la dreapta vaginului, între acesta și uter..." Aceasta arată că, pe de o parte, n-a fost înțeles textul tibetan (două canale pleacă, unul spre dreapta și celălalt spre stânga uterului, către organul *bsam-se' u)*, și, pe de altă parte, autorul înțelege greșit ce anume desemnează termenii folosiți. Mai departe, el scrie „lupus", „typhoid", „germeni" etc. din păcate fără să dea numele tibetane pe care le traduce prin acești termeni. Yeshe-Donden, în *O introducere în medicina tibetană* (1976), spune că partea lichidă a reziduurilor alimentare, după digestie, trece prin vase spre rinichi și de acolo spre vezică. Aceasta este o tentativă pe care o întâlnim și în publicațiile indiene (*Sūsrutasamhitā*, II, 3, 14), încercând să corecteze tradiția în lumina fiziologiei moderne. Într-adevăr, în cercetările tradiționale și

tibetane rinichii nu joacă nici un rol în formarea urinei, care trece prin canale din intestin direct în vezică.

De asemenea, se constată o lipsă de rigoare în citarea surselor: același Rechung Rinpoche le indică arareori, atât în cazul traducerilor cât și al identificării materialului medical. Se pare că pentru acestea din urmă s-a folosit de dicționarul lui Gammermann A.F. (1963). De exemplu, la pagina 70, la rubrica „*thang-sman*" pe care o traduce greșit prin „decoct" (*thang* desemnează, de fapt, decoctul, dar *thang-sman* e un termen generic ce se aplică unor medicamente simple), autorul ne descrie planta presupusă a fi *lactuca scariola*. De altfel, el nu ne dă și numele tibetan. Descrierea provine probabil dintr-o lucrare care nu e menționată, dar planta prezintă toate semnele că ar fi o ombeliferă: „frunze scurte... flori albe, asemănătoare umbrelelor și fructe asemănătoare cu *carum buriaticum*". Evident, nu este vorba de cicoarea din grădinile noastre. Greșeala făcută de Rechung Rinpoche este de a nu fi confruntat numele latin (găsit, fără îndoială, la Gammermann, care printre altele dă *lactuca scariola* pentru *zi-ra dkar-po*, cu descrierea plantei (probabil *zi-ra dkar-po*), găsită într-o lucrare tradițională.

Autorii tibetani manifestă deseori un optimism naiv în ce privește eficacitatea terapeuticii, ceea ce este un handicap serios pentru studiile clinice competente. Lobsang Dolma din „Centrul Medical Tibetan" din Dharamsala afirmă (*O introducere în medicina tibetană*, 1976, pag.84) că „pilulele sale contraceptive sunt eficace în proporție de 99%, neavând efectele secundare ale echivalentelor lor occidentale" (*Tibetan Review*, mai-iunie 1974, pag.22), recunoscând, în același timp, absența unui studiu asupra pacientelor.

În sfârșit, cazul lui Rechung Rinpoche demonstrează că n ajunge să fii un bun literat pentru a înțelege corect textele medicale. El traduce de exemplu (pag. 104) *mur-gong 'phar-rtsa*, prin „vena mișcătoare pe obraz", o expresie cel puțin surprinzătoare. De fapt, *mur-gong* nu desemnează obrazul ci tâmpla, iar verbul *'phar-ba* (a bate, nu a mișca) este aplicat vasului sanguin (*rtsa*). Este vorba, de fapt, de artera temporală pulsatilă.

DESPRE METODOLOGIA APLICATĂ A CERCETĂRII NOASTRE

Am trecut până acum în revistă diferitele moduri posibile de abordare a acestui subiect. Pe parcurs ne-am dat seama de importanța unei metodologii riguroase care necesită o colaborare pluridisciplinară.

Când l-am întâlnit pe Amchi[1] Kunsang la Kathmandu, în vara anului 1974, eram departe de această idee. Tocmai petrecuserăm un an în Nepal, în cadrul Cooperării și începuserăm să prindem gust pentru etnologie. La Kathmandu, diversitatea etniilor și culturilor este în egală măsură importantă și pentru sistemul medical care include spitale și dispensare moderne, pe lângă medicina ayurvedică și tibetană, vindecătorii și mediumurile. Când i-am făcut o vizită lui Amchi Kunsang, singurul medic tibetan care practica în permanență la Kathmandu, aceasta a fost motivată de pura curiozitate: proiectul nostru de cercetare nu luase încă naștere. Ceea ce ne-a determinat să revenim și să ne oprim în cele din urmă asupra persoanei sale a fost în primul rând calitatea sa umană; mai târziu am putut aprecia bogăția cunoștințelor sale. Prezența lui ne-a stârnit dorința de a învăța mai mult despre cultura și tradiția tibetană. Amchi Kunsang și-a propus atunci să ne dea câteva lecții serioase despre ceea ce consideră a fi baza teoretică a artei sale, „Cvadruplul Tratat" (*Rgyud-bzhi*).

[1] Termenul *am-chi* sau *em-chi* (doctor), relativ modern, nu se găsește în textele medicale clasice ca *Rgyud-bzhi*. El provine din mongolul *Ămči*.

A fost necesar, pentru început, ca unul dintre asistenții doctorului, un tânăr tibetan care învățase engleza în India, să ne servească drept interpret. Cu aceeași ocazie, el a devenit profesorul nostru de tibetană și o companie devotată. Am convenit, de asemenea, ca atunci când serviciul nostru la Ambasada Franței și în cadrul dispensarului nepalez se va fi terminat, ne vom alătura lui Amchi Kunsang. El ne-a făcut această propunere fără cea mai mică teamă de concurență din partea noastră și neluând în considerare altceva decât beneficiile de care ar fi putut să se bucure bolnavii lui, de vreme ce „ceea ce rezistă unei terapeutici, poate ceda în fața alteia". Au trecut astfel mai mult de doi ani de colaborare în spiritul unei perfecte și reciproce fidelități a celor două tradiții. Pe tot timpul acestei perioade, Amchi Kunsang a folosit cu generozitate timpul său (în medie două-trei ore pe zi) pentru a ne introduce în arta sa, deopotrivă în teorie și practică.

Primele noastre cercetări au fost mult încurajate de către C. Jest (director al Cercetărilor C.N.R.S.), care ne-a propus să facem parte din echipa sa pluridisciplinară din Himalaya. El ne-a dat ajutorul financiar pentru a ne prelungi stagiul și a reprezentat un ajutor prețios de-a lungul acestei perioade.

Cât despre noi, experiența acumulată ne-a permis să ne continuăm studiul pe diferite planuri: observația „de teren", studiul operelor tibetane de referință și identificarea materialului medical.

Observația de teren

Aceasta s-a autoimpus de vreme ce în jurul nostru se desfășurau consultațiile, tratamentele medicamentoase și prepararea acestora etc. Aceste lucruri, într-o lume atât de diferită cultural de-a noastră, ne-a permis o mai bună înțelegere a conceptelor folosite în anumite cărți.

Sunt rare cazurile în care descrierea bolilor sau a materialului medical în texte ne permite găsirea unui echivalent în terminologia

noastră ştiinţifică. Deseori, în ceea ce priveşte nosologia, observarea nu e suficientă. Dar ea are cel puţin meritul de a arăta că în acest caz este vorba de o grupare arbitrară de simptome care amestecă diverse entităţi nosologice moderne pentru care căutarea unui echivalent riguros ar fi inutilă. Am putut în acest fel să evităm greşeala de a vorbi despre tuberculoză, cancer, diabet etc. Acest lucru a fost foarte clar pus în evidenţă de un studiu al lui Obeyesekere G. (1977), realizat în India despre boala *prameha*. Sub pretextul că urina e considerată zaharoasă în timpul acestei boli (*Suśrutasmhitā cikitsāsthāna*, cap. XII), autorii au tradus-o în general prin diabet. Ori, dacă *prameha* poate desemna în anumite cazuri diabetul, studiul lui Obeyesekere arată cum acestui termen i s-a atribuit o arie mult mai largă decât diabetul şi se înscrie în preocupări culturale străine Occidentului. De altfel, termenul *gci snyi-ba*, traducerea în tibetană a cuvântului *prameha* în *Aṣṭāngahrdayasaṇhitā* (Aş) (Vogel C., 1965, pag. 37), este considerat în *Bayduria sngon-po* ca însemnând „dificultăţi de micţiune".

Observaţia de teren evită, de asemenea, concluziile grăbite pe care am fi gata să le tragem din echivalenţa termenilor sanscriţi şi tibetani. Termenul *tshand-nad* din versiunea tibetană a Aş (Vogel C., 1965, pag. 38) traduce sanscritul *atisara* care desemnează diareea tropicală. Ori, *tsad-nad* înseamnă în medicina tibetană „febră". Întotdeauna, în versiunea tibetană a aceleiaşi lucrări, *rkang-'bam* (Vogel A., 1965, pag. 205) este echivalentul în sanscrită desemnând elefantizasis. Termenul *rkand-'bam*, bine cunoscut în Tibet, desemnează nu elefentiasis, inexistent în climatul lor, ci nişte umflături dureroase ale genunchilor, datorate, de obicei, artrozei. Mai departe, *mkris-pa dang chrag brgyas* traduce sanscritul *pittāsra* (bila-sânge, hemoragie, după Vogel C., 1965, pag. 209). Ori, toţi medicii tibetani cu care am discutat despre acest subiect înţelegeau această expresie drept „creştere a bilei şi a sângelui".

Cele mai frapante exemple de texte sanscrite folosite în medicina tibetană se referă la plante. *Utpal*: în sanscrită acest nume înseamnă nufărul albastru şi este preluat sub acest nume şi în

versiunea tibetană, Aş (Vogel C., 1965, pag. 150). Ori, în momentul de faţă acest termen desemnează, la tibetani, o varietate de *meconopsis* pe care am găsit-o la mai mulţi medici, lucru confirmat de descrierea care îi este dată în materialul medical tibetan de Rjam-dpal Rdo-rje. *Pad-ma ge-sar* desemnează în sanscrită staminele de lotus. De aceea îl găsim sub numele *nelumbium nuciferum* (lotus) în dicţionarul lui Das S.C. (pag. 778) şi, de asemenea, la Lauffer H. (1900). În realitate, în tibetană acesta este numele corolei uscate a florilor de *salmalia malabarica* pe care am găsit-o la doctori şi care este corect descrisă în materialul medical de Rjam-dpal Rdo-rje. Situaţii asemănătoare pentru *Pa-to-la*, *Bil-ba*, *Kanta-kari* etc.

E uşor de înţeles că dacă teoria medicală a putut fi preluată fără mari schimbări din zona indo-gangetică spre înaltul platou tibetan, păstrând totuşi uneori câteva trăsături anacronice, nu acelaşi lucru s-a întâmplat în cazul nosologiei şi al materialului medical. Imprecizia terminologiei tradiţionale, atât pentru boli cât şi pentru materialul medical, nu putea decât să favorizeze modificările şi deplasările de sens; acest lucru s-a întâmplat în timpul transmiterii informaţiei medicale către Tibet sau pe parcursul secolelor următoare. Nu trebuie să uităm că Tibetul n-a mai avut acces la sursele indiene o dată cu secolul al XIII-lea şi că numai câţiva eruditi s-au mai putut ocupa de textele sanscrite conservate în mânăstirile tibetane.

Îm sfârşit, observaţia pe teren e indispensabilă pentru obţinerea unei imagini vii a practicii reale. E puţin probabil ca practica de zi cu zi a medicinei să se poată suprapune perfect pe informaţia din cărţi. Această afirmaţie este valabilă pentru medicina modernă şi, într-o mult mai mare măsură, pentru cea tradiţională, unde standardizarea formaţiei teoretice şi a practicii este mai puţin restrictivă. Doar observaţia pe teren ne poate permite să ne apropiem de medicinele locale (vindecători, vrăjitori) şi de formele intermediare care se apropie de medicina tradiţională savantă. Operele consacrate medicinei tibetane se îndreaptă aproape toate către hagiografia medicului ideal. Acesta este descris ca un călugăr erudit, care, după ce şi-a format o solidă cultură de

bază, a petrecut nouă ani studiind *Rgyud-bzhi* și apoi trei ani pentru a se perfecționa în practică. El are multe cărți și cunoaște pe dinafară cele mai celebre comentarii (Finckh E., 1975) etc. Nu negăm că au existat și că s-ar putea să mai existe asemenea personaje; dar, observând faptele, realitatea ne apare mult mai bogată în diversitatea sa.

De aceea nu ne-am limitat la a studia numai cu Amchi Kunsang la Kathmandu, ci am făcut mai multe călătorii:

— În țările sherpa (regiunea Everest, Nepal) 1974.

— În văile din Tsum și Nubri (regiuni în nordul Ganesh Himal și Manslu, Nepal), 1975.

— În China, 1975.

— La „Tibetan Medical Center" în Dharamsala (Himal-Pradesh, India), 1976.

Studiul operelor tibetane de referință

Acest studiu a fost început, grație explicațiilor date de Amchi Kunsang, cu *Rgyud-bzhi*. Dar, după câteva luni, propriile noastre progrese în tibetană ne-au permis să înțelegem că interpretarea dată textului de către maestrul nostru era deseori foarte aproximativă și că acesta se confrunta el însuși cu probleme de înțelegere. De aceea, ne-am decis să ne perfecționăm tibetana literară stând pe lângă M. Chos-phel, care o preda la Universitatea din Kathmandu. Dar multe pasaje din *Rgyud-bzhi* rămâneau obscure chiar și pentru călugări recunoscuți pentru cunoașterea limbii literare. Acest lucru se datora naturii textului și numai atunci când am putut lucra pe faimosul comentariu *Baiḍūrya sngon-po* (Acvamarinul), împrumutată dintr-o mânăstire din Bodnah, în primăvara lui 1976, o parte din ambiguități au dispărut. În sfârșit, am ajuns să consultăm patru alte lucrări despre materialul medical și prepararea de laborator. Nu le vom mai cita.

Nu avem pretenția de-a face un studiu filologic, dar cunoașterea textelor ni s-a părut indispensabilă pentru obținerea unei baze terminologice riguroase și realizarea unei lucrări utile. În momentul în care am întreprins cercetarea noastră, bibliografia în domeniu era destul de subțire (cartea lui E. Finckh nu apăruse încă și nu avem cunoștință de articolul lui R. E. Emmerick, 1973), iar noi doream să putem stăpâni puțin materialul disponibil. Într-adevăr, multe greșeli au fost reluate de către autorii cărora nu le era accesibilă o cercetare și apreciere critică asupra surselor. Astfel, o teză intitulată „Beitrage zur Kenntnis tibetischer Pharmakologie" a fost susținută de K. Vierzig în 1949 la Jena, pentru obținerea doctoratului în medicina dentară. Era vorba de compararea indicațiilor tradiționale ale medicamentelor tibetane cu proprietățile lor farmacologice cunoscute. Din păcate, autorul s-a bazat exclusiv pe publicația lui Hübbotter F. (1913), fără a se întreba dacă metodologia acestuia era competentă. De asemenea, pentru *ze-ra dkar-po* și *ze-ra nag-po* (greșeală de transcriere: *ze-ra* pentru *zi-ra*), Hübbotter propune numele *lactuca sativa* (laptuca). Ori, conform cărților despre materialul medical nu este vorba despre una și aceeași plantă cu semințe, albe sau negre, așa cum credea Hübbotter, ci de plante diferite, dintre care prima este o ombeliferă cu flori albe. Identificarea cu laptuca este deci imposibilă. După Hübbotter, prima varietate (cu semințe albe) ar fi indicată în „febra plămânilor", iar cea de-a doua în „răcorirea ficatului". Și Vierzig trage concluzia că „este interesant că tibetanii fac diferența între semințele albe și semințele negre ale lăptucii" și că a fost efectiv recunoscut că *lactuca virosa* e benefică pentru inflamațiile mucoasei cu tendințe de spasme, în bronșitele cronice etc. El sfârșește prin a găsi justificări „științifice" utilizării unor medicamente greșit identificate. De altfel, autorul descoperă proprietăți antiseptice unei plante pe care tibetanii o folosesc numai „împotriva puroiului". Din păcate, pe parcursul întregului articol, Hübbotter a interpretat greșit termenul *chu-ser* (literar, apa galbenă) ca desemnând puroiul. De fapt, este vorba despre ser.

Identificarea materialului medical

La baza cercetării noastre au stat medicamentele pe care le folosea Amchi Kunsang în dispensarul lui. Este vorba despre plante întregi și despre părți de plantă (rădăcini, coajă, fructe etc.), despre minerale și despre produse animale. Aceste medicamente fuseseră adunate de membrii dispensarului care plecau în munți de două ori pe an, în special pentru a aduna plante; altele erau cumpărate de la locuitorii munților din Kathmandu sau din piețele de plante medicinale din Kathmandu, mai ales când era vorba despre medicamente din regiunile calde, importate din India, Sri Lanka etc.

Identificarea materialului medical este îngreunată datorită naturii unor medicamente: săruri, pământuri, rășină, semințe de ombelifere greu de diferențiat din cauza stării precare de conservare. De asemenea, a trebuit să ne asigurăm că medicamentele erau într-adevăr, cele descrise în lucrările tibetane de referință. Cu câteva excepții, acesta din urmă, chiar și în cazul în care erau ilustrate, nu ne permiteau identificarea precisă a unui medicament.

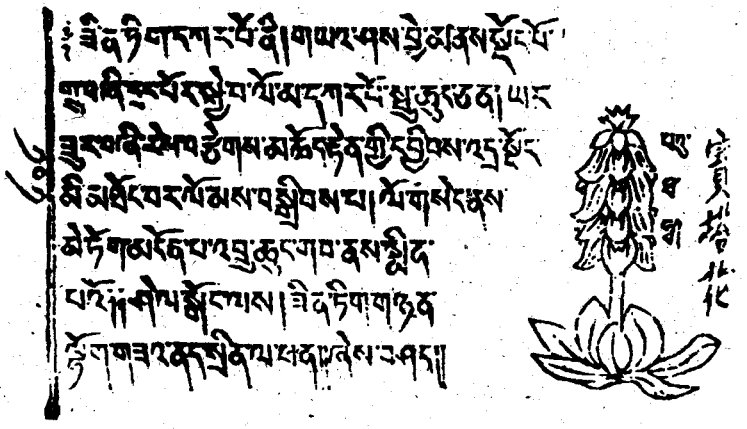


Fig. 3. Descrierea plantei *zin-tig dkor-po* (eriophyton wallichianum) în lucrarea despre materialul medical a lui Rjam-dpal Rdo-rje (ed. Lokesh Chandra, New Delhi, 1977).

Din contră, acestea ne pot servi pentru a controla autenticitatea produselor dintr-o anumită farmacopee, grație indicațiilor privind originea, mărimea, culoarea florilor, forma fructelor etc.

Într-adevăr, o mostră de medicament dintr-o farmacopee tradițională se poate îndepărta de descrierea din texte din diferite motive:

— Existența unui dezacord între doctori și textele clasice datorat tradiției locale sau de școală, ori ignorării textelor, lucru care apare clar prin compararea materialelor medicale cu origini diferite;

— Motivul poate fi o greșeală în recunoașterea unui produs de către medicina tradițională, mai ales în două cazuri: când este vorba de plante care n-au fost culese din zonele în care ele cresc de obicei (se face o confuzie între o plantă analogă și model sau punând aspectul diferit pe seama unei variații de altitudine, de origine sau de luminozitate etc.). Această adaptare minimă în cazul medicinei tradiționale va deveni pentru noi, din contră, o schimbare de specie sau chiar de gen. Astfel, în Tsum, *equisetum ramossimum* (equisetacee) e confundată cu *ephedra* (gnetacee) care crește la altitudine joasă. De altfel, doctorul poate face și o greșeală în

Fig. 4. Fotografia unui *eriophyton wallichianum* (Colecția J.F. Dobremez).

recunoaşterea plantelor pe care le cumpără din piaţă (rădăcini, seminţe), ceea ce îl expune şi mai mult unor substituiri frauduloase sau accidentale. Amchi Kunsang a cumpărat şi el din piaţa din Kathmandu două medicamente pe care le credea diferite şi pe care le numea *ga-dur* şi *gla-sgang*. La o examinare atentă a produselor s-a dovedit că era vorba de părţi diferite provenind din aceeaşi plantă, *cyperus scariosus*, ai cărei rozomi erau *ga-dur*, iar bulbii *gla-snang*. Aşadar, profesorul nostru a fost indus în eroare de aspectul produselor cumpărate. Descrierea pe care o dădea pentru *gla-snang* corespunde cu *cyperus scarionsus*, dar nu şi cea pentru *ga-dur*. De asemenea, Amchi Kunsang confunda seminţele de *croton tiglium* cu cele de *ricinus communis* cumpărate din piaţă sub numele tibetan *dan-rog*. Am putea considera confuzia ca nefiind posibilă dacă ar fi fost vorba de întreaga plantă, deşi seminţele de *croton* şi *ricinus* sunt aproape identice. Dar greşeala nu a fost prea importantă, cele două plante fiind ambele euforbicee, seminţele lor având proprietăţi purgative, ce-i drept, mai accentuate în cazul ricinului. E amuzant de observat că Rjam-dpal Rdo-rje le confundă, de asemenea, în lucrarea sa de farmacopee (f. 29), de vreme ce scrie că *dan-da rog-po* (*dan-rog*, la Amchi Kunsang) se mai numeşte şi *e-ranta* şi *ja-yi-pha-la*. Ori, primul este numele sanscrit al lui *ricinus communis*, în vreme ce al doilea e cel al lui *croton tiglium* (Chopra R. N., 1958, pag. 236, 566).

Ar trebui totuşi să semnalăm că autorii clasici nu sunt întotdeauna de aceeaşi părere în cazul descrierilor şi că acestea sunt, în general, suficient de imprecise pentru a grupa plante de specii diferite şi uneori chiar de genuri vecine.

Metoda adoptată pentru identificarea materialului medical trebuie să fie cu atât mai riguroasă cu cât există mai multe studii de farmacologie sau fitochimie lungi şi confuze. Într-un articol semnat de Guseeva-Badmaeva (1972), consacrat unor studii clinice şi farmacologice ale medicamentelor „tibetane", am depistat o greşeală surprinzătoare pentru acest context. „Bragschun" ar fi un produs animal reputat în cazul afecţiunilor hepatice, iar autorii îl consideră ca fiind făcut din excremente de rozătoare depuse pe pietre. S-ar putea ca aceasta să fie situaţia la buriaţi, unde se pare

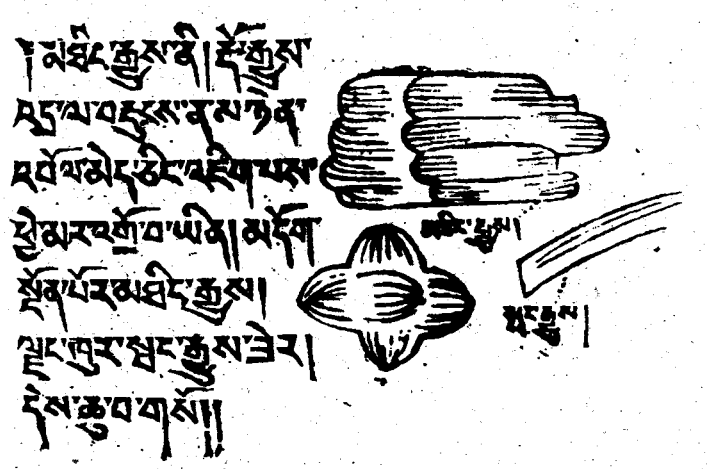


Fig. 5. Descrierea unui *mthing-rgyus* (disten) în lucrarea de material medical a lui Rjam-dpal Rdo-rje (ed. Lokesh Chandra, New Delhi, 1971).

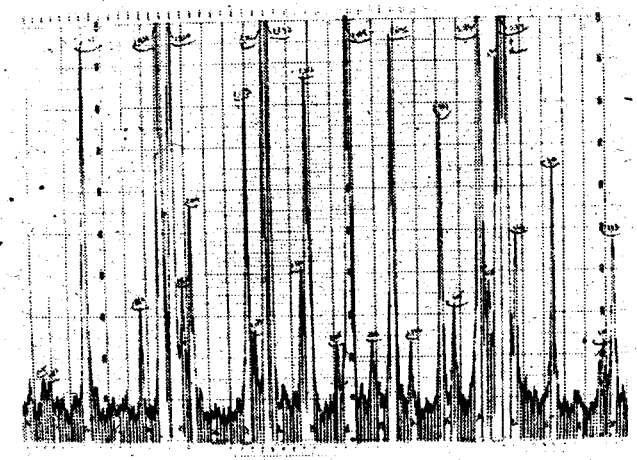


Fig. 6. Identificarea unui eşantion de *mthing-rgyus* cu ajutorul razelor X (Colecţia autorului).

că își are originea, dar medicamentul *brag-zhun*, bine cunoscut în Tibet, este din bitum, echivalentul indianului *silajatu*, și este astfel descris în cărțile despre materialul medical. E greu de imaginat că excrementele de rozătoare ar avea același efect farmacologic ca și bitumul.

Necesitatea unei colaborări pluridisciplinare este și mai importantă în domeniul cercetării materialului medical. Am putut să facem acest lucru grație următorilor cercetători:

J. F. Dobremez (Laboratorul de Biologie Vegetală, Universitatea din Grenoble), a cărui excelentă cunoaștere a florei himalaiene ne-a permis să identificăm numeroase eșantioane de material medical sau de ierbar, atât în Nepal, cât și în Franța.

Regretata A. M. Debelmas (Laboratorul de Material Medical Universitar din Grenoble) și-a folosit toată competența sa profesională în Nepal și Franța în domeniul verificării și identificării substanțelor componente ale medicamentelor. Moartea ei neașteptată a întrerupt, din nefericire, cercetările farmacologice în curs de desfășurare.

J. Debelmas (geologie, Institutul Dolomieu; Universitatea din Grenoble), P. le Fort (geologie, C. N. R. S. Nancy), pentru identificarea mineralelor.

L. Flemming sr, și jr. (Kathmandu, Nepal), pentru identificarea animalelor.

Metoda adoptată a fost, în general, următoarea: eșantioanele aduse de Amchi Kunsang sau provenind din diversele noastre călătorii, ca și plantele de ierbar, au fost mai întâi examinate de J. F. Dobremez sau comparate cu ierbarele de referință din Departamentul de Plante Medicinale din Kathmandu și din Laboratorul de Biologie Vegetală al Universității din Grenoble. În cazul existenței unei incertitudini, J. F. Dobremez stabilea o ipoteză de lucru potrivit cunoștințelor sale privind flora țării și indicațiile lui Amchi Kunsang sau cele conținute în lucrările de material medical. A. M. Debelmas susținea aceste ipoteze privind tehnica diagnozei materialului medical: micrografie și cromatografie. În sfârșit, identificarea astfel stabilită era confruntată cu indicațiile din operele tradiționale pentru a-i verifica autenticitatea. Cercetarea mai multor eșantioane a fost făcută la Amchi Kunsang pe parcursul sejurului nostru, pentru a controla înnoirea medicamentelor. Animalele au fost identificate, în principal, grație descrierilor întâlnite în cărțile despre materialul medical și indicațiilor oferite de Amchi Kunsang.

Vom încheia dând un exemplu relevant asupra diferitelor etape ale cercetării noastre. Semințele de *gser gyi me-tog* aduse de Amchi Kunsang au fost identificate de J. F. Dobremez ca fiind de *momordica cochinchinensis*, mai degrabă decât de *momordica charantia* (specie cultivată). Surpriza a fost mare constatând că semințele de *momordica charantia* aduse din piața din Kathmandu de către J. F. Dobremez erau, de fapt, mai mari și puțin diferite față de cele aduse de Amchi Kunsang. În cele din urmă, am găsit un fruct întreg de *gser gyi me-tog* în cursul călătoriei noastre în văile din Tsum și Nub-ri. O veritabilă identificare a putut fi făcută la Muzeul de Istorie Naturală și la Grădina Botanică din Kew (Anglia); s-a dovedit a fi vorba despre *herpetospermum pedunculosum* (cucurbitacee). Acest lucru ne-a fost confirmat mai târziu de o lucrare de material medical tipărită la Lhasa în 1971 (vezi pag. 95), care dă numele de *herpetospermum caudigerum* pentru *gser gyi me-tog*.

IZVOARELE ȘI DEZVOLTAREA ISTORICĂ A MEDICINEI TIBETANE

Sursele

Când, în secolele al VII-lea și al VIII-lea d. Ch., Tibetul se deschide în fața Indiei și a Chinei, el descoperă nu numai budismul, care îi va marca în mod definitiv istoria, dar și alte bogății: arte, tehnici, filosofii etc. În peisajul cultural la care participă, medicina tibetană s-a dezvoltat pornind de la trei surse principale: indiană, chineză și tibetană, iar concomitent, integrarea originală într-un sistem coerent îi conferă particularități unice. Nu vom menționa, totuși, în cadrul restrâns al acestei lucrări decât sursele necesare înțelegerii dezvoltării artei de a vindeca.

Sursele indiene:

Acestea i-au oferit medicinei tibetane esențialul în ce privește baza teoretică și, în parte, practica. Printre sursele indiene medicina ayurvedică a fost asimilată în întregime, până la a se putea vorbi despre *Āyurveda* tibetană.

Medicina ayurvedică

Āyurveda, această „știință a longevității", se alătură tradiției vedice. În culegerile de imnuri ale *Vedelor* (sec. XV i. Ch.) apare

deja noțiunea de Ordine Universală. Acest concept va deveni în sanscrita clasică *dharma*: acțiunea umană, mai ales cea rituală, trebuie să se înscrie în aceste Ordine pentru a-l menține sau pentru a-i corecta perturbațiile. El se manifestă în mod evident în ciclurile regulate ale astrelor care marchează ritmul cosmic și conferă timpului un caracter ciclic, fără început și sfârșit. Astfel, omul se înțelege prin analogie cu universul a cărui lege și materie servesc de model unei fiziologii elementare. Se stabilește astfel o identitate de natură între părțile solide ale omului și pământ, cele lichide și apă, între căldura corpului și foc, între răsuflare și vânt. Bila corespunde focului. Suflul, care se manifestă prin respirație sau circulă prin organism pentru a-i da viață, corespunde vântului. Acest pneumatism se va dezvolta în teoria medicală și mai ales în tehnicile yoga (Filliozat J., 1970). În *Atharvaveda*, ultima dintre cele patru *Vede*, folosirea anumitor medicamente în scopuri magico-religioase este progresiv dublată de utilizarea lor medicală empirică (Jaggi O. P., 1973).

Curentele filosofice care au traversat India mileniului I î. Ch. au permis sinteza acestor elemente diparate într-o teorie medicală. Elaborarea acestui sistem s-a desfășurat de-a lungul celor șapte secole care au precedat era noastră. Această *Āyurveda*, considerată ca o creație a lui Mrahma a fost revelată zeilor și transmisă oamenilor prin intermediul înțelepților vedici (ţ. ş. i).

Diverse curente filosofice au influențat elaborarea *Ayurvedei*:

— *Upanișadele* (1 000 — 500 î. Ch.): este vorba de o sumă de texte care dezvoltă cosmologia *Vedelor*, aducând în special o nouă speculație asupra eternei identități a sinelui *(ātman)* și a Unicei Surse (*Brahman*), care se ascunde în tot ce există. *Upanișadele* nu au influențat direct medicina tibetană. Dar aici apar pentru prima dată conceptele de act (*karman*) și transmigrațiune (*samsāra*), care vor străbate de acum întreaga gândire indiană. Destinul fiecărui individ este determinat de actele sale din viața prezentă sau dintr-o viață anterioară. Numai conștientizarea unității reale, până atunci ignorată, a sinelui (*ātman*) și a *Unicei Surse* poate pune capăt acestui ciclu. Cu riscul de a-și pierde rațiunea de a fi, medicina nu

a putut admite decât parțial acest determinism complet al actelor trecute.

— Școala *Vaiśeșika* (în jurul sec. VI î. Ch.): teoria sa atomistă se află la originea înțelegerii materiei ca fiind compusă din cinci elemente (*pancabhūta*): pământul, apa, focul, aerul și spațiul.

— *Sāmkhya* (în jurul sec. VI î. Ch.): această filosofie a numărătorii are ca obiect analiza și clasarea lumilor spirituale și materiale. Teoria medicală i-a preluat metoda.

— *Nyāya* (logica): își găsește expresia clasică în *Nyāyasutra* de Gotama (sec. II î. Ch.). Această operă sistematizează demersul necesar identificării faptelor sau substanțelor. Acest demers are la dispoziție patru mijloace: observația personală, inferența, comparația asimilatoare și referirea la alții. În realitate, această nevoie de logică, mult anterioară *Nyāyasūtrei*, a jucat un rol foarte important în fondarea rațională a științei medicale. Cu excepția comparației asimilatoare, metodele de investigație logică sunt expuse în tratatul medical *Carakasamhitā* (*sūtras*, XI, 17-24). Acesta expune deopotrivă arta dezvoltării raționamentului în cursul unei dezbateri (*vimāmast* VIII).

Teoria clasică din *Āyurveda*, asimilată de medicina tibetană, va fi expusă ulterior. Să amintim numai că a fost sistematizată în două tratate voluminoase: *Carakasaṃhitā* (Colecția de Caraka) și *Suśrutasamhitā* (Colecția de Suśruta), care au fost redactate fără un plan didactic precis, sub formă de dialoguri între înțelepții vedici (ṛ. ș. i) și un ansamblu prezidat de un maestru ale cărui răspunsuri și expuneri constituie învățătura transmisă.

Data redactării acestor tratate nu este cunoscută cu precizie. (În general, *Carakasaṃhitā* e situată în sec. I sau II d. Ch.). Ele reunesc în realitate o tradiție medicală constituită cu mult înainte.

Aceste tratate, mai târziu revăzute, au inspirat multe comentarii. În secolul al VII-lea au fost reluate, sistematizate și dezvoltate de Vāgbhata (a treia mare autoritate medicală recunoscută, după Caraka și Suśruta), în Aṣṭāṅgahṛdayasaṃhitā. Acest text, care relevă o influență budistă superficială (rugăciunile de introducere), a fost tradusă în tibetană în secolul al XI-lea.

Invers, față de terapeutica și tehnicile examinării, fundamentele teoretice ale medicinei ayurvedice n-au mai evoluat. Până în secolul al VII-lea, medicamentele folosite erau, în principal, de origine vegetală, metalele fiind mai puțin prezente. Sub influența tantrismului se dezvoltase, în prealabil, o artă alchimică: aceasta permitea prepararea mercurului și a sulfului destinate să păstreze corpul veșnic tânăr. Sub această influență, în medicina ayurvedica a crescut progresiv utilizarea unor compuși pe bază de metale. Examenul pulsului nu este cunoscut în *Āyurveda* clasică; există o aluzie în *Cikisākalikā* de Tīsata (sec. XI) (Mazars G., 1978, pag. 33), dar teoria acestuia nu este descrisă decât în Sārṅgadharasaṃhitā în sec. al XIII-lea.

Medicina lui Siddha

Pe lângă *Ayurveda* clasică, s-a constituit treptat și o iatrochimie dezvoltată de yoghini și alchimiști numiți *siddha* datorită puterilor lor supranaturale (*siddhi*). Unul dintre cei mai celebri *siddha* a fost un anume Nagarjuna (probabil sec. VII d. Ch.), pe care tradiția îl asimilează celebrului filosof budist cu același nume (sec. I - II d. Ch.).

Yoga

Doctrina filosifică și practicile yoga se află, în germene, în literatura vedică și în *Upanishade*: Patanjali le-a organizat într-un sistem coerent în *Yogasūtra* (Aforisme despre yoga) în primele secole ale erei noastre. Yoga se bazează pe o fiziologie a suflurilor asemănătoare cu cea expusă în *Āyurveda*. Dezvoltarea acesteia este totuși independentă de cea a *Āyurvedei*, de vreme ce a trebuit așteptată perioada medievală pentru ca doctrinele yoga să fie parțial adaptate de anumite texte medicale. (Sārṅgadharasaṃhitā, sec. XII, Mazars G., 1978). Tehnica fundamentală yoga este controlul respirației (*prāṇāyama*), care permite să acționezi asupra tuturor celorlalte sufluri care circulă în corp (cele cinci sufluri din *Āyurveda* și alte cinci). Această înțelegere este aproape de cea a

CHAKRA	LOCALIZARE	ELEMENT	CULOARE	SIMȚ
Sahasrara	creștet			
Pingala (dreapta)				
Ida (stânga)				
Ajna	Între sprâncene			facultăți cognitive (simț subtil)
Vicuddha	gât	spațiu	albastru	auz
Anahata	inimă	aer	fumuriu	pipăit
Manipura	ombilic	foc	roșu	vedere
Svadisthana	baza penisului	apă	alb	gust
Muladhara	regiunea recto-genitală	pământ	galben	miros

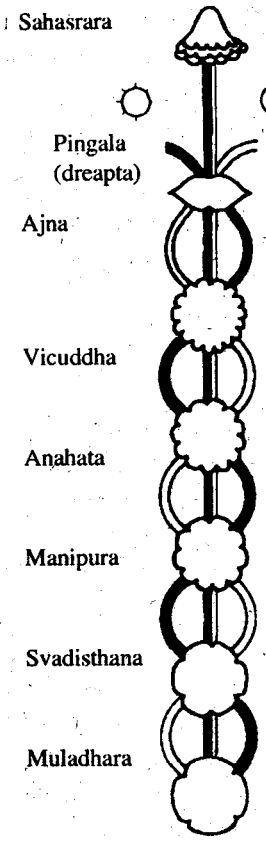


Fig. 7. Cele șapte *cakra* și corespondentele lor.

înțelegerii suflurilor (*k'i*) în China. Yoga dezvoltă o anatomie și o fiziologie (sau, mai degrabă, o psiho-fiziologie) specifică, adaptată rolului primordial pe care îl joacă în circulația suflurilor. Principalele centre în care se întâlnesc nenumăratele canale (*nāḍi*) de circulație a suflurilor, sunt reprezentate prin cercuri (*cakra*) care

sunt în același timp și centre de energie. Anumiți autori contemporani au încercat în van să asimileze aceste *cakra* unor structuri anatomice precise. În realitate, tradiția a vorbit întotdeauna despre un „corp subtil", descris printr-o anatomie mistică. Cele mai importante șapte *cakra* sunt reprezentate sub forma unei flori de lotus (*padma*), ale cărei culoare, număr de petale și simbol sunt specifice fiecărei *cakra*. Acestea sunt sediul divinității specifice, care domnește asupra unei sfere corespondente în Univers. Aceste *cakra* corespund, de asemenea, diferitelor funcțiuni organice și celor cinci elemente, asociate ele însele unei culori, funcții senzoriale etc.

— *mūlādhāracakra* (susține baza) e situată în regiunea recto-genitală și are forma unui lotus cu patru petale.

— *svādisthānacakra* (sediul sinelui) se află puțin mai sus de prima și are forma unui lotus cu șase petale.

— *maṇipūracakra* (cetățuia giuvaierului) este situată la nivelul ombilicului și are aspectul unui lotus cu zece petale.

— *anahatacakra* (sunet spontan) este localizată în regiunea inimii și are formă de lotus cu douăsprezece petale.

— *viśuddhacakra* (purificata) este la nivelul gâtului și are aspectul unui lotus cu șaisprezece petale.

— *ājñacakra* (centrul de comandă) se află între sprâncene și are forma unui lotus cu două petale.

— *sahasraracakra*, lotusul răsturnat, „cu o mie de petale", se află în creștet. El nu mai face parte din sfera corpului, ci desemnează planul transcendental, ceea ce explică de ce se vorbește, în general, de teoria celor șase cakra (Eliade M., 1954, pag. 241-243).

Trei din nenumăratele canale (*nāḍi*) de circulație a suflurilor joacă un rol fundamental în tehnica yoga și tantra: *iḍa*, *piṅgalā* și *suṣumnā*.

— *Suṣumnā* este un canal median care se întinde de la baza coloanei vertebrale până în creștet, traversând centrele diferitelor *cakra*.

— *Iḍā* și *piṅgalā* sunt canale laterale care descriu o mișcare sinusoidală și crescătoare, trecând prin centrul fiecărei *cakra*. Ele

iau naştere la baza trunchiului şi se termină în nări: *idā* în stânga şi *pingalā* în dreapta. Canalul din stânga (*idā*) corespunde principiului rece şi, printre altele, lunii şi spermei. Canalul din dreapta (*piṅgalā*) corespunde principiului cald, printre altele soarelui şi sângelui menstrual. Canalul median (*suṣumnā*) uneşte în el cele două principii antagoniste şi joacă rolul esenţial.

Această anatomie subtilă stă la baza tehnicilor de meditaţie din yoga şi din tantrism. Ea permite, de asemenea, să înţelegem boala ca pe o consecinţă a proastei circulaţii a suflului vital datorată impurităţilor canalelor. O bună tehnică a suflului este garanţia unei bune sănătăţi.

Budismul

Prinţul Gotama Siddartha (sec. V, î.Ch.) întâlneşte la ieşirea din palat, succesiv, un bolnav, un bătrân şi un convoi funerar. El are o revelaţie tulburătoare care îl face să încerce ruptura de ideea „totul e durere". Abia după această trezire, prinţul înţelege mecanismul ataşamentului faţă de lume şi mijloacele de a se lega de ea pe care le poate defini ca pe o etiologie a acestei dureri: el poate înţelege acum suprimarea acesteia şi, de asemenea, poate stabili o terapeutică eficace:

„Iată, o, călugărilor, adevărul mistic al durerii: moartea este durere, unirea cu ce detestăm este durere, ruptura de ceea ce iubim este durere, incapacitatea de a obţine ceea ce dorim este durere. Pe scurt, cele cinci moduri de a avea sunt durere.

Acesta este, o, călugărilor, adevărul mistic al durerii: este setea care ne conduce din naştere, căreia i se alătură bucuria şi atracţia, care caută satisfacţia ici şi colo: setea de plăceri ale simţurilor, setea de devenire, setea de neschimbare.

Iată, o, călugărilor, adevărul mistic al suprimării durerii: este încetarea completă a setei acesteia, e lipsa de atracţie, renunţarea, abandonul, detaşarea.

Acesta este, o, călugărilor, adevărul mistic al drumului ce duce la eliminarea durerii: este drumul mistic cu cele opt

părţi, care sunt: viaţa dreaptă, intenţia dreaptă, cuvântul drept, acţiunea dreaptă, efortul drept, vigilenţa ardentă şi dreapta contemplaţie (*samādhi*).

Acesta este adevărul mistic al durerii. Astfel, o, călugări, ochii mei s-au deschis asupra tuturor lucrurilor până atunci necunoscute şi au apărut cunoaşterea, înţelepciunea, ştiinţa şi lumina".

(Silburn C., 1977)

Nu e de mirare că Buddha (Iluminatul) a devenit astfel doctorul prin excelenţă, căci „medicina lumească nu cunoaşte remediile radicale, acelea care vindecă de naştere, de bătrâneţe, de boală, de moarte..." (Dicţionarul Hôbôgirin, BYO, pag. 225).

Legea lui Buddha *(Dharma)* ne învaţă despre esenţa dureroasă a oricărui lucru şi despre legea naturală care domneşte asupra acestor lucruri. Trebuie să cunoaştem natura şi felul în care iau naştere lucrurile pentru a scăpa de durere. Aici nu este vorba despre speculaţii cosmologice, ci despre o analiză a fenomenelor externe şi interne percepute de om şi în faţa cărora el reacţionează. Lumea fenomenală pe care o percepe omul este lipsită, în sine, de realitate. Ea nu reprezintă pentru om decât un ansamblu de combinaţii tranzitorii de fenomene fizice. Singura, *Nirvāna* (extincţia) este permanentă şi necondiţionată. Fiinţa umană, care experimentează aceste combinaţii tranzitorii fără să le înţeleagă sensul, este ea însăşi prinsă în existenţa fenomenală şi deci, în durerea ei printr-o serie de douăsprezece înlănţuiri între cauză şi efect (*pratityasamutpāda*):

(1) Ignoranţa (vanitatea lumii fenomenale: *avidyā*) este „ocazia producerii" (*nidāna*) unor construcţii psihice care ar fi putut fi evitate prin cunoaştere. (2) Construcţiile psihice (*samskāra*) dau „ocazia producerii" reprezentaţiilor (*vijñāna*). (3) Acestea fac posibilă individualitatea caracterizată de un nume şi o formă (*nāmarūpa*). (4) Individualitatea este ocazia Jocului celor şase domenii senzoriale (cele cinci simţuri fizice şi simţul cognitiv subtil) care la rândul lor (5) permit contactul cu obiectele simţurilor. Realizarea contactului (6) este ocazia oferită senzaţiilor

care (7) dau naştere „setei" (dorinţei). Dorinţa (8) este ocazia apropierii, iar aceasta, în forma unirii sexuale, dă „ocazia producerii" (9) unei existenţe embrionare (seminţele părinţilor în care se încarnează o entitate psihică). Existenţa embrionară conduce (10) la naştere, iar aceasta (ll) la bătrâneţe şi la moarte. Individualitatea psihică nu dispare o dată cu moartea. Ataşată ignoranţei (*avidyā*), ea este împinsă (12) prin impulsiuni şi „sete" condiţionate de actele anterioare, către o nouă existenţă fenomenală, către suferinţele şi sfârşitul acesteia (Filliozat J., 1970). Această serie de douăsprezece „ocazii de producere" (*nidāna*) este reprezentată de „roata vieţii" (*srid-pa'i 'khor-lo*) cu care tibetanii împodobesc faţadele templelor lor. În centrul mandalei sunt ilustrate cele trei forme ale Ignoranţei („cele trei otrăvuri"): agresivitatea, obscuritatea mentală şi dorinţa, sub forma unui şarpe, a unui porc şi a unui cocoş. (fig. 8).

Toate actele (*karman*) corpului, cuvântului sau spiritului lasă urme în individualitatea psihică. Aceasta este, de asemenea, modificată prin construcţiile psihice (*samskāra*) inconştiente, care îi imprimă tendinţe proprii de-a lungul vieţii sau în timpul căutării unei noi încarnări. Trebuie, deci, ca actele să fie libere de orice murdărie (*klésa*) şi înclinate spre devoţiune, exerciţii de meditaţie, controlul creaţiilor mentale etc. Se produce astfel un proces lent de extincţie a impurităţilor anterioare care sunt înlocuite de construcţii psihice conducând la o atitudine de detaşare faţă de noile acte şi nu mai lasă urme. Astfel este atinsă starea de „Venerabil" (*arhant*), în care ultimele tendinţe anterioare dispar în momentul morţii (cum moare un foc din lipsă de combustibil), fără vreo aspiraţie către o nouă naştere (Filliozat J., 1970).

Această gândire budistă iniţială a luat amploare: lumea fenomenală este nu numai tranzitorie, dar realitatea ei aparentă este o iluzie, numărul de Buddha şi Bodhisattva (cei ce se apropie de trezire) este imens, compasiunea devine o virtute majoră; ceea ce a dat naştere „Mijlocului superior de Progres" sau „Marelui Vehicul" (*Mahayana*), care se diferenţiază de budismul iniţial desemnat prin „Mijlocul Inferior de Progres" sau „Micul Vehicul" (*Hinayana*). Mahayana, cu fantasticul ei panteon, se va dezvolta în Extremul Orient şi Tibet.

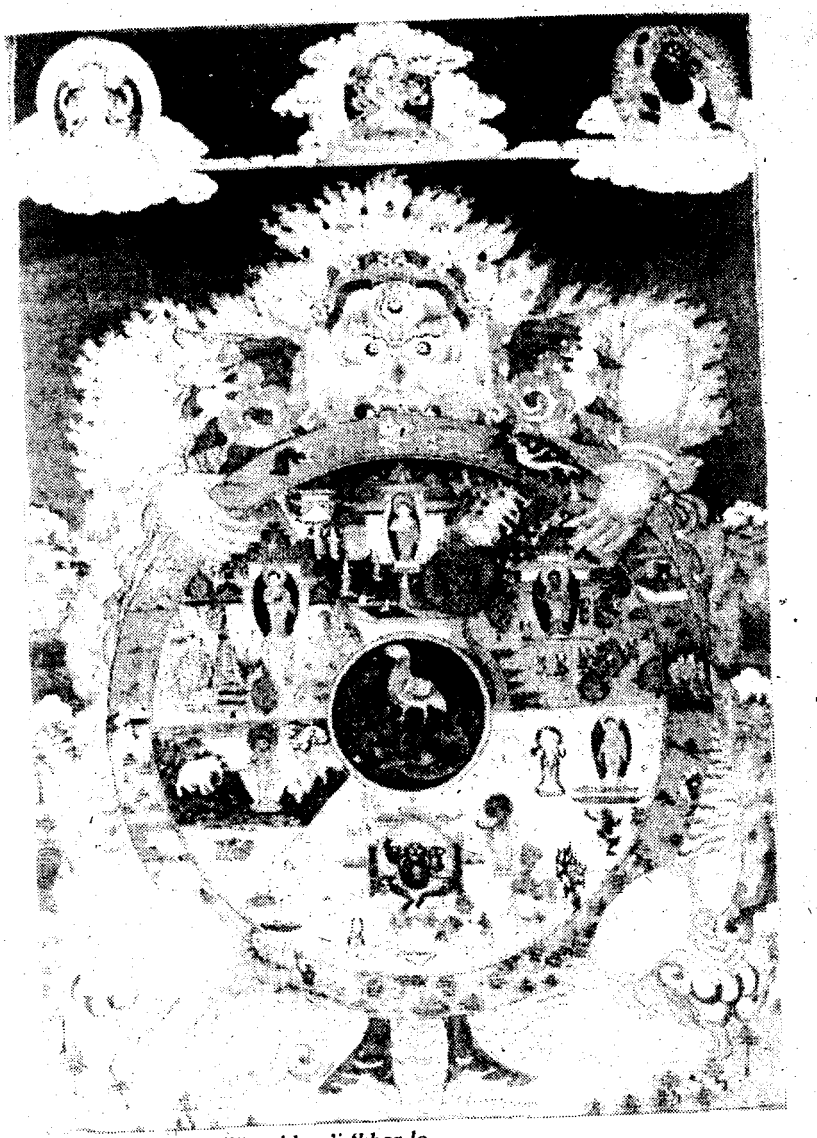


Fig. 8. „Roata vieţii", *srid-pa'i 'khor-lo* (Colecţia C. Jest).

Termenul *tantra* desemnează „ ceea ce lărgeşte conştiinţa" şi, în această accepţiune, se aplică un ansamblu de doctrine şi de practici care apar atât în budism cât şi în hinduism. Acelaşi termen se aplică şi lucrărilor care tratează aceste doctrine speciale.

În *Vajrayāna*, una din căile budismului, *tantra* este folosită ca „mijloc de sens profund" pentru obţinerea stării de Buddha. Pe această cale — diferită de cea a lui *Pāramitāyāna* — se poate obţine starea de Buddha într-o singură viaţă, dacă anumite condiţii sunt reunite (maestru, acumulare de merite, maturaţia *karmei*). Această cale face apel la tehnicile yoga, la formulele ezoterice (*mantra*), la gesturile rituale (*mudra*) şi la cercurile divinităţilor (*mandala*). Efectele anumitor practici pe care le-am putea califica drept magice (victoria asupra unui duşman, control al puterilor naturale, vindecarea magică, elixiruri ale nemuririi etc.) conferă *tantrei* un loc important în culturile populare ale Indiei, Tibetului şi Extremului Orient.

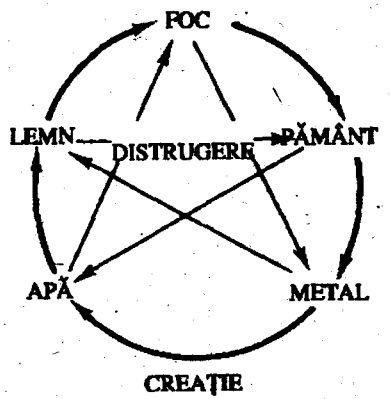
Sursele chineze

Medicina tibetană nu îi datorează celei chineze decât examenul pulsului, moxibustiunea[1] şi o parte din materialul medical. Dar, aşa cum vom vedea mai departe, sfigmologia a fost încorporată în sistemul medical tibetan o dată cu concepţiile chineze care îl dezvoltă.

Medicina chineză clasică este sistematizată în numeroase tratate printre care şi *Huang-ti nei ching* (Clasica internă a Împăratului Galben). Părţile cele mai vechi ale tratatului sunt

[1] Termenul *moxa* provine din japoneză: *mogusa* (numele unei varietăţi de pelin). El desemnează o tehnică terapeutică prin care se lasă să ardă mocnit pe piele o bucăţică de pelin uscat în formă de con.

anterioare secolului III î. Ch. Această lucrare are la bază o tradiţie şi mai veche: fundamentele teoriei sistemului de canale şi ale tratamentului prin acupunctură, moxibustiunea şi medicamentele. Acest text fundamental a fost modificat pe parcursul istoriei prin reeditări, adăugiri sau comentarii. În 762 d. Ch., Wang-Ping, în al său *Nei-ching su-wen*, completează *Huang-ti nei ching* cu un comentariu şi cu o teorie a ciclului celor cinci elemente. Trebuie să menţionăm, de asemenea, importantele lucrări de farmacopee dintre care una, din cele mai vechi, *Shen-nung pen ts'ao ching*, datează din secolul al IV-lea. Cea mai celebră dintre acestea este *Pen-ts'ao Kang-mu* (1578), care descrie peste 1 800 de medicamente şi conţine peste 10 000 de prescripţii.



Aceste elemente nu sunt suportul calităţii lucrurilor şi sunt dominate de cele două principii *yin* şi *yang* (Huard P., şi Bossy J., 1978).

La baza fiziologiei şi fiziopatologiei regăsim corelaţia strânsă între microcosmosul uman şi macrocosmosul înglobând timpul ciclic şi spaţiul orientat. Ele sunt conduse de aceeaşi lege organică caracterizată de principiul imuabil şi etern, *Tao*. Acesta se manifestă atât sub aspectul repausului (*yin*) cât şi sub cel al mişcării (*yang*). Termenii *yin* şi *yang* desemnează, în mod simbolic, dualităţile complete: umbra şi lumina, versantul întunecat şi cel însorit al unui munte, ţărmul nordic şi cel sudic al cursului unei ape. În continuare a avut loc o evoluţie a acestei speculaţii teoretice, în care *yin* şi *yang* desemnează entităţi mai degrabă complementare decât opuse, care se potenţializează reciproc. Întregul univers, lumea morală ca şi cea fizică, ia naştere din mişcările reciproce *yin* şi *yang*. În sec. III î. Ch., şcoala naturalistă a adăugat teoriei celor cinci elemente pe cea a celor două forţe naturale fundamentale, *yin*

și *yang*. Cele cinci elemente, fără îndoială introduse sub influența Indiei sunt: lemnul, metalul, focul, pământul și apa. În gândirea chineză, contrar teoriei indiene, elementele se organizează într-un sistem dinamic al ciclurilor creației (*cheng*) sau distrugerii (*kuo*).

Pornind de la școala naturalistă, s-a dezvoltat un sistem de corelații complexe în care un număr mare de entități — organe, orificii corporale, anotimpuri, culori, puncte cardinale, planete etc. — sunt clasate în cinci grupe, corespunzătoare celor cinci elemente. În elaborarea acestui sistem, știința chineză respectă tradiția sa de „cunoaștere clasificatoare", pentru a folosi expresia lui Needham. Pentru a face să corespundă cele patru anotimpuri celor cinci elemente a fost nevoie să fie creat un nou anotimp, „vara târzie" (ultima lună a verii) și un al cincilea punct cardinal, centrul. Omul trebuie să intre în „rezonanță" cu fenomenele care dau ritmul lor macrocosmosului, căci orice ruptură față de această armonie va avea în mod fatal un efect nefast asupra individului și societății. Încă din epocile preistorice, împărații chinezi țineau cont de corespondentele stabilite între anotimpuri și punctele cardinale. În funcție de fiecare dintre ele, ei locuiau într-una din zonele palatelor lor pătrate, orientându-se către punctul cardinal corespunzător.

Medicina chineză, prin chiar fundamentele ei teoretice, este mai puțin interesată de structura organelor concrete cât de sistemele funcționale care pot depăși limitele anatomice ale organelor. Astfel, fiecare organ plin *tsang* formează împreună cu cavitatea corespunzătoare (*fou*) o unitate funcțională (*pou*).

tsang	*fou*
splină	stomac
ficat	vezicul
rinichi	vezică
inimă	intestin subțire
plămâni	intestin gros

Pentru a trece în sistemul duodecimal al canalelor, așa cum apare, de exemplu, în examenul pulsului, vom adăuga un al șaselea

CORESPONDENTELE CELOR CINCI ELEMENTE

Element	lemn	foc	pământ	metal	apă
Punct cardinal	est	sud	centru	vest	nord
Anotimp	primăvară	vară	„vară târzie"	toamnă	iarnă
Culoare	verde	roșu	galben	alb	negru
Ontogeneză	naștere	creștere	maturitate	declin	stagnare și moarte
	yang	yang		yin	yin
Influență generatoare	vânt	căldură	umiditate	uscăciune	frig
Organ plin	ficat	inimă	splină	plămîn	rinichi
Receptacul	vezica biliară	intestin subțire	stomac	intestinul gros	vezica
Funcție senzorială	vedere	auz și miros	gust	miros	gust
Orificiu al corpului	ochi	ureche	gura	nas	uretră anus
Gust	acid	amar	dulce	picant	sărat

După Veith I. (1966) și Huard P., Bossy I. (1978).

organ plin: „maestrul inimii" (*ming-men*) şi o a şasea cavitate: „cele trei ceaune" (*san-tsiao*). De fapt, „cele trei ceaune" (*san-tsiao*) nu par a avea o realitate anatomică. Ceaunul superior se află deasupra stomacului şi are funcţia de a introduce alimentele. Ceaunul median, situat în stomac, are funcţia de a le coace şi de a le „corupe". Ceaunul inferior, localizat între caecum şi rectum, evacuează reziduurile alimentare (Huard P. şi Bossy J., 1978).

De asemenea, canalele care traversează corpul formează o reţea mai degrabă funcţională decât anatomică. Acest sistem de canale de energie nu are o corespondenţă globală cu sistemul nostru nervos sau vascular. El prezintă un anumit număr de „fântâni" superficiale pe unde energia externă poate intra şi pe unde energia internă poate ieşi. Graţie diverselor anastomoze, un organ este pus în relaţie cu anumite canale periferice (meridianele acupuncturii occidentale) care intră, de asemenea, în sfera sa funcţională descrisă de Porkert M. (1973).

Luarea pulsului este un element esenţial al consultaţiei clinice care constă, printre altele, în examinare (limba, ochii, orificiile etc.), auscultaţie (zgomotele normale şi patologice), anamneză şi palpare.

Canalele care fac legătura între organele pline şi receptaculele lor, pentru a forma unităţi funcţionale, sunt străbătute de sufluri şi de sânge în proporţii variabile. Presiunea exercitată de către suflu determină unde fluide care parcurg sistemul de canale cu o anumită viteză şi cu o anumită amplitudine, imprimând în acest mod bătăi anumitor canale superficiale. Variind în funcţie de oră şi de anotimp, vibraţia specifică fiecărui organ poate fi percepută la nivelul pulsului corespunzător. Acest puls este localizat în trei segmente adiacente de la artera radială la mâna stângă şi la cea dreaptă.

— Segmentul median (*kuan*) corespunde apofizei stiloide.

—Segmentul distal (*tsun*) îl uneşte pe primul cu degetul mare.

— Segmentul proximal (*ch'ih*) prelungeşte segmentul median spre cot.

În funcţie de presiunea pe care o exercită, putem distinge pulsuri superficiale, care corespund receptaculelor şi pulsuri medii care corespund organelor pline. Unii adaugă două pulsuri profunde, ajungându-se în total la paisprezece.

		Încheietura dreaptă	Încheietura stângă
Segment I (distal) *ts'un*	superf. mediu	intestin gros plămâni	intestin subţire inimă
Segment II (median) *kuan*	superf. mediu	stomac splină	vezica biliară ficat
Segment III (proximal) *ch'ih*	superf. mediu	trei ceaune (*san-tsiao*) maestrul inimii (*ming-man*)	vezică rinichi

Doctorul se aşază faţă în faţă cu bolnavul. Cu mâna dreaptă ia pulsul stâng al pacientului, cu cea stângă, pulsul drept. Medicina chineză stabileşte o relaţie între respiraţie şi puls, deoarece în mod normal pulsul trebuie să bată de cinci ori în ciclul respirator al doctorului; relaţia între puls şi bătăile inimii nu a fost însă stabilită.

Diferenţele şcolii au stabilit 47 sau 27 aspecte ale pulsului.

1. superficial	*fou*	15 spart	*kung*
2. profund	*ch'en*	16 filiform	*hsien*
3. foarte lent	*hsi*	17 puls de piele de animal	(?) *ko*
4. rapid	*chan*	18 dur	*lao*
5. neted	*kua*	19 slab calm	*jou*
6. aspru	*che*	20 slab	*jo*
7. vid	*hsü*	21 dispersat	*san*
8. plin	*chih*	22 foarte fin	*hsi*
9. lung	*ch'ang*	23 culcat	*fou*
10. scurt	*tuan*	24 agitat	*tung*
11. debordant	*hung*	25 deviat	*ts'u*

12. mic	*wei*	26 nodular	*chie*
13. îngust	*chin*	27 neregulat	*tai*
14. încet	*huan*		

(După Hübotter F. (1975)

Viteza, amplitudinea mare și duritatea pulsului sunt semnele lui *yang*, de asemenea, în cazul în care acesta glisează sau bate prea repede. Încetineala, amplitudinea mică și slăbiciunea pulsului sunt semnele lui *yin*, de asemenea, dacă este strâns, aspru sau bate prea încet (Beau G., 1965).

Examenul pulsului permite, deci, să recunoaștem dacă un organ este atins:

— de o boală *yin*, din exces de *yin* sau insuficient *yang*.

— de o boală *yang*, din exces de *yang* sau insuficient *yin*.

Pentru a restabili echilibrul trebuie, în funcție de caz, să dispersăm principiul excesiv sau să-l tonificăm pe cel insuficient.

Sursele autohtone

În Tibet scrisul a fost introdus după un model din Kashmir, în același timp cu budismul și științe ca medicina și astrologia, în timpul domniei regelui Srong-btsan-sgam-po (sec. VII). De aceea nu avem documente scrise care ne-ar putea edifica direct în privința artei de a vindeca din vechiul Tibet prebudist. De altfel, puținele cercetări de până acum n-au scos la iveală materiale relevante în această privință.

Majoritatea cronicilor de care dispunem datează după secolul al XI-lea și autorii lor consideră, în general, perioada prebudistă ca pe o perioadă sumbră și barbară. Astfel, istoricul Dpa'po gtsug-lag phreng-ba (sec. XVI), care a consacrat un capitol al cronicii sale istoriei medicinei, amintește în primul rând tradițiile brahmanice privind originile *Āyurvedei* pe care le atașează tradiției budiste. Apoi, el continuă: „În ceea ce privește introducerea de texte

medicale în Tibet, înaintea acestora existau numai câteva cunoștințe despre dietetică..." (Blondeau A. M., 1978, pag. 8).

Analele chineze din T'ang acoperă perioada secolelor VII-IX, dar cuprind puține informații referitoare la problemele în discuție, printre care faptul că tibetanii dădeau o mare importanță demonilor și credeau în magicieni și vrăjitori (Stein R. A., 1962, pag. 199).

Cele mai vechi documente tibetane (sec. IX-X) de care dispunem deocamdată sunt numeroasele manuscrise descoperite în peșterile din Tun-huang, în Tsinghai. Ele datează dintr-o epocă în care sincretismul între cultura tibetană prebudistă și diversele surse străine avusese deja loc. În ciuda acestor influențe, anumite documente par să păstreze o amprentă evidentă a culturii prebudiste. Printre manuscrisele din Tun-huang, câteva sunt consacrate hipiatriei[1] și medicinei umane. Acestea din urmă se ocupă în special de moxibustiune și există un mic desen consacrat acestei tehnici (Lalou M., 1941). Acestea atestă deja influențele străine în Tibet (Blondeau A. M., 1972, pag. 7). Din contră, un rulou povestește diverse aventuri trăite de personaje din diferite principate tibetane și din regiunile mitice (Lalou M., 1959). Este vorba despre otrăviri și vânători cu ocazia cărora eroul sau eroina se îmbolnăvește. Numeroși *gshen*, bărbați și femei, coborâți din munți, practică divinația dar nu „descoperă existența răului". Apare atunci un *bon-po* din respectiva regiune care la început spăla murdăria de la gura bolnavului cu zăpada, iar cea de pe mâini cu apa din lac. Apoi, practicând divinația, el depistează boala. În aceste povestiri, originea bolii este explicată cel mai adesea printr-o posesiune demoniacă sau prin intervenția unui demon al subteranului (*klu*). În general boala este vindecată prin anumite ritualuri. *Gshen-ii* eșuează întotdeauna acolo unde *bon-po* vor reuși. Totuși, această opoziție nu este constantă de vreme ce există, în documente, scurte anecdote relatând vindecări obținute prin ritualurile *gahen*. Alte manuscrise din Tun-huang expun rituri funerare în care *bon-po* și *gshen* oficiază împreună. Este vorba

[1] Hipiatrie: îngrijiri veterinare destinate calului.

despre o răscumpărare (*glud*) a morții reprezentată printr-o oaie ale cărei părți sunt făcute din pietre și metale prețioase. Aceste documente mai menționează și sacrificii animale, un anumit număr de obiecte puse în mormânt și structuri magice destinate să îmbuneze sau să conjure demonii (*lto, nam-mkh'a, gtor'ma* (Stein R.A., 1962, pag. 238).

Înainte ca termenul „bon" să se fi aplicat unui sistem religios structurat în contact sau prin opoziție cu budismul, el desemna în Tibetul antic o clasă de preoți (*bon-po*) al căror rol era să vegheze asupra conservării individului și societății, la fel ca și povestitorii (*sgrung*) și inventatorii de enigme (*lde'u*) (Stein R.A., 1962, pag. 51). Se pare că *bon-po* și *gshun* erau cei care oficiau sacrificiile la funeralii sau la depunerea de jurăminte, determinau originea bolilor prin divinație și le vindecau prin exorcisme. Se pare că înainte de secolul al VII-lea nu exista o știință medicală independentă de zona magico-religioasă. Zeii, demonii și spiritele erau considerați cauza tuturor nefericirilor omului, inclusiv boala. Cele mai bune mijloace de a-i îmbuna erau ofrandele de răscumpărare. Pentru ca ritualul de exorcizare să fie eficient trebuia, în primul rând, să se „descopere răul". De unde și importanța acordată divinației, care mai târziu va fi foarte influențată de China.

Textele vechi dau numele unor divinități, dar identitatea acestora s-a transformat în contact cu budismul, care le-a integrat. Semnalăm importanța munților sacri (*btsan*) asociați la origine cu șefii de clan și cu vechii regi ai Tibetului. Corpul omului era, de asemenea, sediul divinităților protectoare, „născute în același timp" cu el. Zeii vindecători (*dgra-lha*), zeii răului (*pho-lha*) și zeii terorii (*yul-lha*) locuiesc nu numai în corpurile oamenilor (umeri, cap...), ci și în obiectele exterioare: stânci, piramide de piatră, steaguri, arbori etc. Dacă zeii protectori părăsesc un om necurat, acest om devine prada demonilor și a altor spirite rele.

Printre aceste divinități locale, o parte joacă și astăzi un rol important. Aceștia sunt: „stăpânii solului" (*sa-bdag*) sau „stăpânii locului" (*gzshi-bdag*), care locuiesc în stâncile cu o anumită formă, divinitățile subterane (*klu*), care locuiesc sub pământ, în râuri și în

izvoare. Cultul lor se va dezvolta sub influența mitologiei divinităților-șarpe (*naga*), originare din India. Prin munca sa de agricultor și prin schimbările pe care le aduce în natură, omul poate intra în conflict cu aceste divinități locale. Cunoscute ca fiind iritabile, acestea vor trimite tot felul de calamități asupra individului și a anturajului său, dacă nu sunt îmbunate imediat cu ofrande. În ritualurile ulterioare, de origine indiană, se va ajunge până la a oferi medicamentele divinităților subterane (*klu*), rănite de muncile omului.

„Așa cum sunt vindecate bolile la *klu*, așa să se vindece și bolile omului"!

Bolile *klu* fiind vindecate, *klu* să fie veșnic sănătoși!

Klu fiind sănătoși, și oamenii să fie veșnic sănătoși!"

(Lalou M., 1938)

Rolul pe care îl joacă *bon-po* în vindecarea bolilor nu a dispărut o dată cu difuzarea budismului și cu nașterea unei științe medicale. Astfel, versurile sfântului inspirat Milaraspa (sec. XI) menționează un bolnav bogat, îngrijit de doctori (*sman-pa*) și de *bon-po*, „specializați în ritualuri". Ritualul vindecătorilor *bon-po* consta în sacrificiul a o sută de iaci, o sută de capre și o sută de oi, care reprezintă răscumpărarea (*glud*) bolnavului, capturarea demonilor și psalmodierea unor cântece (Stein R.A., 1962, pag. 238). În plus, practicile *bon-po* enumerate în textele vechi: strategii de capturare a demonilor (*mdos nam-mjh'a*), prăjituri de sacrificiu (*gtor-ma*), efigii de răscumpărare (*glud*), divinație etc., au fost integrate în ritualurile budismului tibetan și în ritualurile *bor* elaborate. Le întâlnim și azi la tantriști (*sngags-pa*) și la anumi *bon-po* din etniile tibeto-birmane din Himalaya.

Vom vedea cum activitatea medicală, în sate, rămâne specifică familiilor de tantriști (*sngags-pa*) sau de călugări ai ordinelor nereformate (*rnying-ma-pa*). Divinația în căutarea originii malefice a bolilor a intrat și în literatura medicală clasică, unde se suprapune conceptelor raționale ale teoriei ayurvedice. Invers, deși elaborată, literatura *bon* a împrumutat din teoriile medicale (embriologice în *sutra bon-po*: *gzer-mig*) și a integrat

tehnicile de diagnostic prin examenul pulsului și al urinei (Snellgrove D., 1976).

Un alt concept parțial indigen, pe care îl regăsim în medicina tibetană, este acela de spirite (*bla*). El este străin medicinei ayurvedice, iar budismul tibetan nu l-a integrat decât ca echivalent al principiului vital (*srog*). Budismul neagă, de fapt, existența unui spirit personal și nu vorbește decât de o individualitate psihică (*rnam-shes — vijnana*) antrenată în ciclul renașterilor. Aceste spirite sunt legate de corp, dar îl pot părăsi pe moment, de exemplu sub efectul unei spaime puternice. Acest „spirit rătăcitor" (*bla kyams-pa*) devine astfel o pradă ușoară pentru demoni și persoana jefuită de vitalitate se îmbolnăvește. Pentru a-și obține vindecarea, ea trebuie să practice ritualul „chemării spiritului" (*bla 'gug/bla 'bod*). Să notăm că spiritele (*bla*) sunt deseori confundate cu divinitățile (*lha*) care protejează corpul și, ca și ele, pot avea rezidențe privilegiate în afara corpului: pietre, arbori etc...

În concluzie, practica medicală în Tibetul prebudist pare să fie în principal orientată spre divinație — mijloc de stabilire a bolii — și spre exorcismul terapeutic. Nici un text vechi, din câte cunoaștem, nu ne îndreptățește să credem că în perioada respectivă ar fi fost folosite medicamente.

Dezvoltarea istorică a medicinei tibetane, contextul geografic și sanitar

Cultura tibetană se întinde pe o arie de peste 3,8 milioane km. Ea este delimitată:

— În sud, de înaltul lanț himalayan care descrie o curbă concavă spre nord-est, între Munții Karakorum, la vest, și granițele Assam (India), Birmania și Yunnan (China) în est. Cultura tibetană înglobează spre sud Ladakh și Spiti (în India), regiunile nordice ale Nepalului, de asemenea, Sikkin (India) și Bhutan.

— În nord de laturile Karakorum și Kun-lun (5700 m), care o separă de Turkestanul chinez (Sinkiang).

— În est, de regiunea Kansu, la nord, și de Munții Szechuan la sud.

Altitudinea medie în Tibetul de Est și Central este de 4 500 m, dar anumite lanțuri muntoase ating 6 000. În ansamblu, Tibetul este înclinat spre est. El este străbătut de Tsangpo (Brahmaputra), care traversează partea sudică a țării; de Salouen, Mekong și Yangtse care scaldă Tibetul Oriental. Extremitatea vestică este traversată de Indus și Sutle.

Deși lipsit de un relief muntos important, accesul în Tibet prin est era pe vremuri dificil din cauza distanțelor mari de parcurs prin zone puțin locuite. Caravanele făceau opt luni pentru a ajunge de la Pekin la Lhasa.

Partea septentrională, care reprezintă 3/7 din suprafața totală, este o regiune cu lacuri sărate, muntoasă și deșertică.

În sud, 2/7 din suprafață e reprezentată de un platou înalt acoperit de pajiști străbătute de nomazi. Aceasta este marea „Câmpie de nord" (Byang-thang).

Restul de 2/7 din teritoriu se compune din văile Tsang-po și din afluenții acestuia și din văile Salouen, Mekong și Yantse. Atitudinea și latitudinea meridională (cea a Africii de Nord) fac posibilă, agricultura. Aici se concentrează puțina populație a Tibetului (în jur de 3 000 000 de locuitori)[1]. Oamenii locuiesc în marea majoritate în numeroase sate dispersate și în câteva orașe în care populație rurală se amestecă cu comercianți, funcționari și aristocrația locală. În această regiune, diferitele ordine au construit temple și mânăstiri. Iarna, foarte lungă și aspră la munte, este îndulcită în văile însorite din sud. În Tibet plouă rar, cu excepția văilor din est, unde bate musonul. Vântul provoacă deseori furtuni.

Populația tibetană s-a adaptat condițiilor geografice, organizându-se în două moduri de viață:

[1] Această cifră demografică se referă la situația anilor 1974-1980 când autorul și-a făcut documentarea pentru această lucrare (n. ed.).

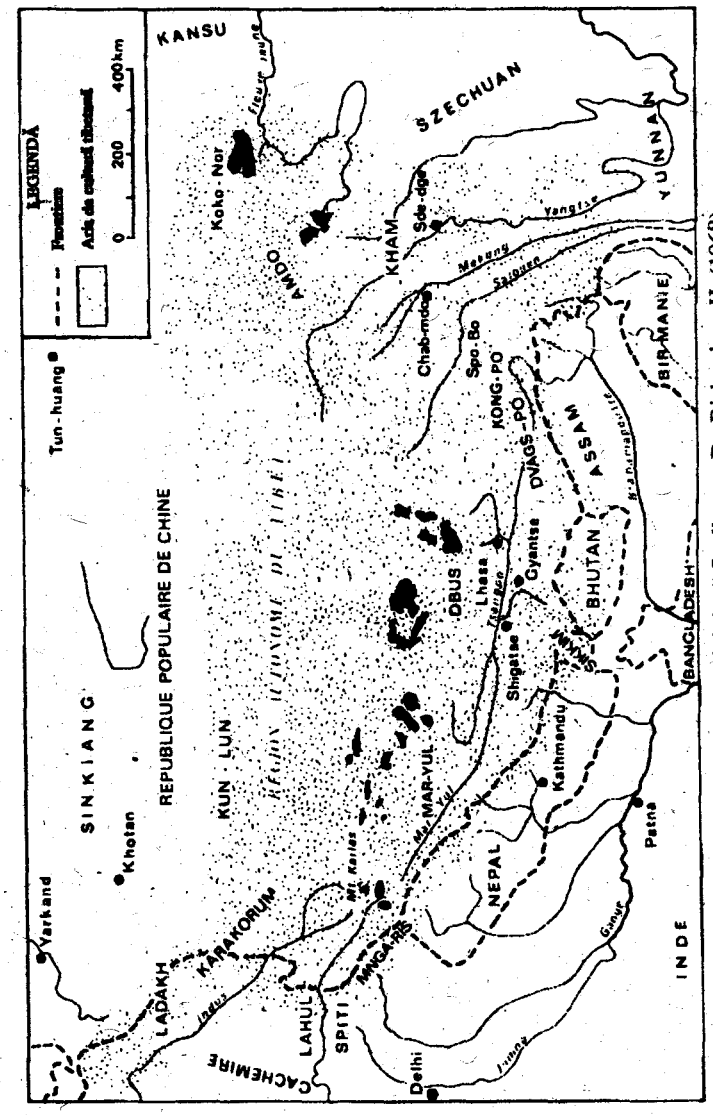


Fig. 9. Harta Tibetului după Snellgrove D., Richardson H. (1968).

— o viață nomadă pastorală, care face posibilă producția de carne, de de unt, de brânză și de lână:

— o viață sedentară a agricultorilor care cultivă și produc orz, hrișcă, mazăre, porumb în sud-est, orez, produse piscicole, piersici și pere.

Noi vom încerca să abordăm sistematic situația medicală a centrului Tibetului, folosind notele lui Moise R. (1956), care sunt confirmate de propriile noastre observații precum și de relatările refugiaților tibetani cu care am discutat.

Notele lui Moise provin din două surse: pe de o parte, observațiile pe care le-a făcut personal în Gyantse (centru-sud), pe de altă parte cele obținute din examinarea registrelor ținute în micile dispensare pe care guvernul Indiei britanice le-a deschis la Gyantse și la Yartung la începutul secolului, ca și la Lhasa, în 1937. Aceste informații nu se referă decât la un teritoriu limitat, dar, cel puțin, în esența lor, sunt probabil valabile și pentru alte regiuni ale Tibetului, unde situația medicală prezintă totuși trăsături specifice: de exemplu, platourile înalte, reci și uscate din nord-est în opoziție cu văile din sud-est, care suferă influența musonului. Nu dispunem de documente care permit o reconstituire a istoriei medicale a Tibetului (apariția sifilisului sau a primelor epidemii de variola), dar se pare că de multe secole și până la campaniile medicale recente ale autorităților chineze, în programul și contextul medical au intervenit modificări de substanță.

Toți călătorii au descris condițiile proaste de igienă din Tibet. Mizeria multor tibetani are motivații diverse: frigul, tradițiile culturale, atmosfera din casele afumate, obiceiurile, în special la femei, de a-și face măști din unt sau seu de oaie pentru a se proteja de vântul rece și uscat. Balega iacului, folosită drept combustibil, degajă continuu un fum care provoacă iritația cronică a căilor respiratorii precum și conjunctivita. Frigul și razele solare împiedică, fără îndoială, răspândirea rapidă a urmărilor condițiilor sanitare precare cum ar fi posibil în alt climat.

Alimentația, foarte monotonă pentru o mare majoritate a populației, se compune din făină de orz și ceai. Ceaiul tibetan este un decoct de frunze de ceai cu natron (carbonat de sodiu hidratul

natural — cristalizat manual) și sare, bătut apoi cu unt. Tibetanii consumă câteva duzine de cești pe zi. În funcție de condiții, alimentația include, de asemenea, și carne, lapte prins, brânză, plăcintă cu hrișcă, făină de porumb și uneori orez. Legumele proaspete sunt foarte rare (mazăre, ridichi și napi). Hrana tradițională mai e completată de: rădăcini de scrântitoare, urzică, chenopode, făina de *polygonum sphaerostychyum* și câteva condimente: usturoi, ceapă sălbatică, *carum carvi* etc.

Alcoolismul (berea de orz) nu era prea răspândit. În ciuda absenței alimentelor proaspete, în special iarna, Moise nu a observat niciodată cazuri evidente de avitaminoză. El semnalează o mortalitate infantilă ridicată, fără a da motivele și remarcă raritatea bolilor infecțioase endemice. Printre bolile parazitare trebuie să semnalăm frecvența râiei și a infecțiilor cu tenia, ascaris și trichocephal. După estimările doctorilor care se ocupă de dispensarele citate mai sus, tuberculoza pulmonară ar fi fost foarte rară, spre deosebire de cea osoasă. Aceasta ar fi răspândită în special printre călugări (din cauza igienei deosebit de proaste din mânăstiri) și se vindecă deseori, în mod spontan cu prețul unor sechele importante. Dacă afecțiunile pulmonare și cazurile de gripă erau rare, în schimb existau multe infecții în sfera O. R. L., conjunctivite, blefarită, panoftalmie și cataractă. R. Moise consideră că frecvența deosebită a cataractei și blefaritei poate fi atribuită intensității razelor solare la această altitudine.

Bolile reumatismale erau foarte răspândite, atât cele cronice cât și reumatismul articular și frecventele complicații cardiace pe care le provoacă. Nevritele, în special cele sciatice, țin de patologia curentă.

Frecvența gușei, foarte variabilă în funcție de loc, era mare în special în valea Tsangpo și a afluenților săi, fiind însoțită foarte des de mixoedem și cretinism.

Moise nu a putut găsi nici un indiciu al ciumei sau al antraxului, dar semnalează cazuri de lepră autohtonă și de turbare.

Lhasa ar fi fost caracterizată de o patologie mai bogată decât cea a altor zone aglomerate, căci aici existau comercianți și pelegrini veniți din cele mai îndepărtate colțuri ale Asiei. Vara

puteau fi observate cazuri de febră tifoidă și paratifoidă și de dizenterie baciliară. Epidemiile de tifos exantematic și de febră recurentă ar fi atins, de asemenea, marile mânăstiri din vecinătatea capitalei.

Tulburările psihice, „mai degrabă nevroze decât veritabile psihoze" (R. Moise), par a fi fost frecvente în mânăstiri.

Toți călătorii au semnalat multe boli venerice. Libertatea sexuală, ignoranța și lipsa de igienă favorizau răspândirea sifilisului și a blenoragiei: în 1935, 506 cazuri de sifilis, 139 de cazuri de blenoragie din 1720 de consultații la Lhasa; la Gyantse, din 12 000 de bolnavi, 608 aveau sifilis și 374 blenoragie.

Epidemiile de variolă decimau periodic țara: în 1900, mai mult de 6 000 de morți, numai la Lhasa. În 1794, a fost adusă o stelă în oraș, din ordinul împăratului Chinei. Este vorba de instrucțiuni de carantină în caz de epidemie de variolă prin care se recomandă construirea de staționare în acest scop. Totuși, după S.C. Das (1902, pag. 257), tibetanii ar fi cunoscut vaccinul chinez împotriva variolei. Aceasta constă în pulverizarea în nări a limfei provenind din cicatricele unui copil atins ușor de boală, amestecate cu camfor. Istoria medicinei tibetane este foarte puțin cunoscută și ar trebui făcut un studiu comparativ al cronicilor despre care am vorbit.

Mai mulți autori tibetani s-au interesat de istoria medicinei (*gso-rig chos-'byung*) (vezi Vostrikov A.I., 1934).

Să citâm câteva opere:

— *Chos-'byung mkhas-pa'i dg'a-ston* („Istorie, sărbătoarea eruditilor") scrisă în secolul al XVI-lea de Dpa'o gtsug-lag phreng-ba (Volumul Ja fiind consacrat istoriei medicinei).

— *Thob-yig* („Repertoriu"), titlu prescurtat al operei redactate în secolul al XVII-lea de Qalqa Jaya Pandita Blo-bzang 'phrin-las.

— *Gso-rig khog-phub* („Investigații despre știința medicală"), titlu prescurtat al operei scrise în 1702-1703 de către celebrul regent Sangs-rgyas rgya-mtsho.

Să amintim, în sfârșit, că Rechung Rinpoche, pornind de la diverse surse, a scris o istorie a medicinei ca introducere la lucrarea sa *Medicina tibetană* (1973).

Tradiția atribuie marelui rege Srong-btsan sam-po (sec. VII) informații culese din cele patru țări situate în cele patru puncte cardinale: „Din est, a luat din China și Minyak lucrările de tehnologie și calcul divinitoriu (alți autori citează medicina și calculul celor cinci elemente). Din sud, din India a luat sfânta religie. Din vest, din țările Sok și Nepal a adus mâncăruri bogate și alte bunuri. Din nord a adus cărțile legii, de la hori și yuguri (turci)" (Stein R. A., 1962, pag. 52).

Această deschidere către țările vecine s-a materializat și în invitațiile făcute celor trei medici străini la curtea din Srong-btsan sgam-po: un doctor indian Vajradhvaja, un medic chinez, Henweng și un doctor din Khrom[1], Persia, numit „Galenos" (Stein R. A., 1962). Numele lui Galenus menționat aici nu trebuie să ne mire: nestorienii, refugiați în Persia din motive religioase (spre 489), îi traduseseră pe Hipocrate și Galenus, pe Aristotel și Euclid. Din schimbul de idei intervenit între cei trei doctori invitați, la Lhasa s-a născut un text compus din șapte părți și intitulat *Mi'jigs-pa'i mtshon-pho*, („Arma indestructibilă"), care a fost oferit regelui. Iranianul Galenos a devenit doctorul curții (Rechung Rinpoche, 1973).

Soția regelui Srong-btsan egam-po, de origine chineză, adusese din țara sa de baștină textul medical *Sman dpyad chen-mo* („Marea practică medicală"), care a fost tradus în tibetană.

Mai târziu, Chin-ch'êng (sec. VII), soția unuia dintre fiii regelui Me-'ag tshom a introdus, de asemenea, lucrări de medicină din China, țara unde se născuse. Ea a invitat un doctor din Khrom, care, la rândul lui, a obținut un loc important la curtea regală tibetană.

Sub domnia regelui Khri-srong lde-btsan (755-797) au fost traduse multe lucrări medicale. S-a reînnoit tradiția invitării medicilor străini: aceștia vin din India, din Kashmir, China, Iran, din țările gru-gu[2], din Dolpo și Nepal. Nimic nu ne îndreptățește să

[1] Khrom sau From, în iraniana orientală, care desemnează în general Bizanțul (Stein R.A., 1962).

[2] Gru-gu sau grug provine din numele chinez „T'u-chueh" dat turcilor (Stein R. A., 1962).

credem că acești doctori s-au reunit în mânăstirea Bsam-yas sub conducerea lui Gyu-thog-pa, așa cum afirmă Finck H. E. (1975, pag. 18). În aceeași perioadă (sec. VIII), celebrul tantrist Padmasambhava era în Tibet, în timp ce tibetanul Vairocana, trimis în India, traducea numeroase lucrări sanscrite, dintre care și celebrul *Rgyud-bzhi*.

Influența Chinei rămâne importantă: începând cu secolul al VII-lea, tineri nobili au fost trimiși la curtea chineză pentru a-i studia pe clasici. După secolul al VIII-lea au fost introduși, la cererea tibetanilor, clasici chinezi și alte lucrări (Stein R. A., 1962, pag. 59). De fapt, printre manuscrisele de *Tun-huang* se găsesc nu numai traduceri din sanscrită și chineză, dar și texte chineze transcrise cu caractere tibetane.

Medicina tibetană avea să fie definitiv marcată de diversitatea originilor sale. Astfel, atunci când Înțeleptul Inspirat (*drang-srong*) „Cel născut din spirit", în cap. 26, vol. IV din *Rgyud-bzhi*, își exprima îndoiala privind universalitatea învățăturilor din acest tratat, Înțeleptul Inspirat „Cunoscătorul științei" îi răspunde prin enumerarea diverselor tradiții adunate aici:

> *„Budhá (sugata) și încarnările lor au învățat oamenii spre binele lor cum se prepară în India doctoriile. Au învățat moxibustia și purgația canalelor (rtsa-sbyong) în China. Au învățat oamenii cum se ia sângele în Dolpo, au învățat cum se examinează urina și se ia pulsul în Tibet".*

Tot în secolul al VIII-lea, doctorul tibetan Gyu-thug yon-tan mgon-po, zis „Cel bătrân" devine celebru. Îi cunoaștem biografia din traducerea lui Rechung Rinpoche (1973). El ar fi călătorit prin India alături de Candradeva (de fapt, Candrabhinandana), care deja îi predase *Rgyud-bzhi* lui Vairocana. De asemenea, el era priceput în medicina chineză. Unul dintre descendenții care au trăit în secolul al XI-lea, Gyu-thog yon-tan mgon-po, zis „Cel tânăr", a fost de mai multe ori în India pentru a se instrui în medicină. El însuși a scris mai multe tratate, printre care celebrul *Cha-lag bcobryad* („Practica în 18 capitole"). După cum vom vedea mai departe, el a remaniat *Rgyud-bzhi*. Se pare că tradiția a confundat

mai mult sau mai puțin raporturile celor doi Gyu-thog-pa — Tânărul și Bătrânul — cu *Rgyud-bzhi*.

În aceeași epocă (sec. XI) a fost tradusă în Kashmir celebra Aștăngahrdayasamhită de Văgbhata, opera pe care am mai citat-o și care a fost integrată mai târziu în *Bstan-'gyur*.

În secolul al XIII-lea, mongolii se convertesc la budism. Succesul medicinei tibetane nu este probabil străin de propagarea budismului tibetan în Mongolia.

Sfârșitul secolului al XIV-lea a fost marcat de activitatea a doi doctori care au influențat mult tradiția medicală (Rechung Rinpoche, 1973):

— Byang-pa este al șaptelea descendent al regelui Se'u rgyal-po din Minyac (Tibetul oriental). El a fondat tradiția medicală numită *byang-lugs*.

— Zu-mkhar-ba mnyam-nyid rdo-rje stă la originea unei alte tradiții numite *zur-lugs*.

Aceste două școli nu sunt deci proprii Mongoliei secolului al VII-lea, așa cum a crezut W. A. Unkrig (1953). Ele au rezistat până în timpul celui de-al cincilea Dalai lama (1617-1682). Regentul acestuia din urmă, Sangs-rgyas Rgya-mtsho (1653—1705), este celebru pentru activitatea sa literară și în special pentru cea din domeniul medicinei. În această perioadă și, fără îndoială că fără contribuția regentului la Lhasa a fost fondat colegiul medical Leags-po-ri.

Dezvoltarea medicinei este inseparabil de mediile bisericești, singurele care puteau aspira la o educație corespunzătoare în afara câtorva familii de nobili. Este inutil să amintim rolul cultural și politic al mânăstirilor din Tibet: în anumite regiuni, călugării reprezentau aproape un sfert din populația totală. Astfel, mânăstirea din Sera, aproape de Lhasa, adăpostea, în perioade diferite, între 7 000 până la 10 000 de persoane.

În secolul al VI-lea budismul a atins, la limita occidentală a extinderii sale, stepa de pe malul drept al cursului inferior al Volgăi; în secolul al VIII-lea penetra până la est de lacul Baikal. Medicina tibetană a urmat această propagare și *Rgyud-bzhi* a fost tradusă în secolul al XVII-lea în limba mongolă (Unkrig W. A., 1953).

Sub regimul celui de-al treisprezecelea Dalai lama (1895-1933), un al doilea colegiu de medicină a fost fondat la Lhasa în 1915 de Mkhyen-rab nor-bu. Această „Casă a medicinei și astronomiei" (*sman-rtsis khang*) a fost frecventată de profesorul nostru Amchi Kunsang.

După ce a fugit din țara sa în 1959, împreună cu 80 000 de refugiați, al paisprezecelea Dalai lama a fondat (1961) „Tibetan Medical Center" la Dharamsala.

DOCUMENTE MEDICALE TIBETANE

Acestea se prezintă sub formă de cărți sau documente iconografice.

Lucrările de medicină

Aspectul lor este identic cu cel al altor cărți tibetane: manuscrise sau imprimări prin xilografie, pe foi rectangulare puse între două coperți de lemn. Literatura medicală tibetană, puțin cunoscută până în prezent, pare a fi foarte bogată, de vreme ce A. I. Vostrikov (1934) a descoperit într-o mânăstire mongolă, într-un catalog de lucrări medicale tibetane, 198 de titluri (Unkrig W. A., 1953). Putem distinge lucrările fundamentale de cele practice.

Lucrările fundamentale

Cele mai cunoscute și folosite sunt:

— *Mes-po zhal-lung* („Învățături din bătrâni"). Jam-dpal Rdo-rje face deseori trimiteri în lucrarea sa asupra materialului

medical cuprins în această operă și o atribuie lui Zur-mkhar Mnyam-nyid Rdo-rje (sec. XIV-XV).

— *Man-ngag lhan-thabs* („Instrucțiuni ajutătoare"), titlul prescurtat al unui comentariu (188 foi) din volumul III al *Rgyud-bzhi*, datorat regentului Sangs-rgyas Rgya-mtsho. Nu cunoaștem diferența între aceasta și volumul III al *Vaiḍūrya sngon-po*, comentariu al aceluiași autor asupra aceluiași subiect.

— *Shel-dkar me-long* („Oglinda de cristal"), de Sum-pa Mkhan-po Ye-shes Dpal-'byor (1704-1788).

Totuși, cele mai importante lucrări fundamentale rămân *Rgyud-bzhi* („Cvadruplul tratat") și comentariul său *Vaiḍūrya sngon-po* („Acvamarin").

Titlul complet al lucrării *Rdyud-bzhi* este:

Bdud-rtsi snying-po yan-lag brgyad-pa gsang-ba man-ngag gi rgyud. („Tratat de învățături secrete în opt părți, esență de ambrozie".)

Acesta conține învățătura dată de Buddha „Maestrul Spiritual al Medicinei" (*Sman-bla*) țării mitice *Lta-na-sdug*. Este vorba, de fapt, despre un dialog între doi înțelepți inspirați *(r. s. i)*, două emanații ale acestui Buddha. Răspunsurile Înțeleptului „Cunoscătorul științei" la întrebările Înțeleptului „Cel născut din spirit" reprezintă învățătura din *Rgyud-bzhi*. Cea mai mare parte o formă versificată în catrene, fiecare vers având nouă silabe. *Rgyud-bzhi* are patru volume:

— *Rtsa-ba'i rgyud* („Tratat de bază")

acesta este un rezumat sumar și sintetic al tuturor elementelor care compun știința medicală în șase capitole, pe unsprezece coli.

— *Bshad-pa'i rgyud* („Tratat explicativ")

este vorba despre o expunere a teoriei generale a anatomiei, embriologiei, psihopatologiei, patologiei și a terapeuticii în treizeci și unu de capitole pe patruzeci și trei de coli.

— *Man-ngag rgyud* („Tratat de instrucțiuni")

este o aplicare a psihopatologiei, simptomelor și indicațiilor terapeutice fiecărui tip de boală în nouăzeci și două de capitole, pe două sute șaptezeci și cinci de coli.

— *Phyi-ma'i rgyad* („Tratatul final")

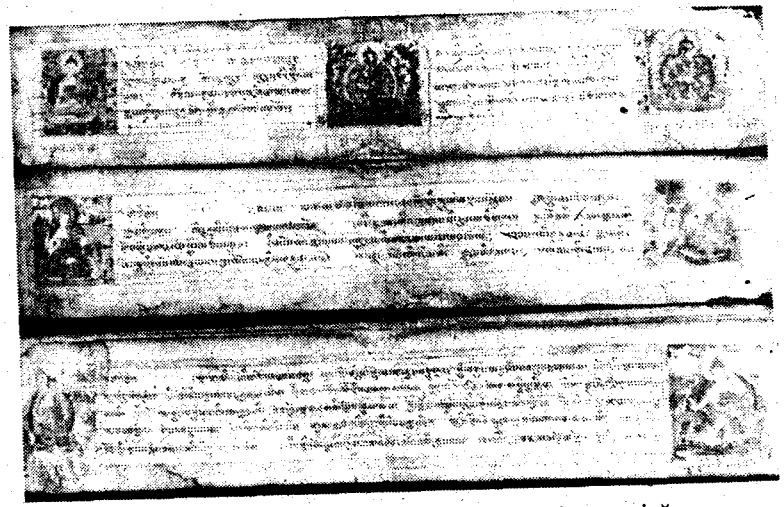


Fig. 10. Manuscris ornamentat al lui *Rgynd-bzhi* în scriere cursivă (Colecția autorului).

prezintă tehnicile de diagnosticare și cele terapeutice în 27 capitole și 67 pagini.

Acest Tratat Cvadruplu este unanim recunoscut în medicina tibetană ca lucrare de bază; renumele acesteia a depășit cu mult granițele Tibetului. Ea a fost una din primele cărți traduse în limba mongolă în secolul al XIV-lea, înaintea chiar a unor texte canonice ale budismului. Faima acesteia a ajuns până la curtea Rusiei, de vreme ce, în 1860 țarul a cerut să fie tradusă (Laufer H., 1900). În sfârșit, acest tratat a dat naștere unei literaturi bogate de comentarii pe parcursul întregii sale istorii și a servit ca text de referință tuturor lucrărilor fundamentale pe care le cunoaștem. Analiza elementelor de care dispunem pentru a cerceta istoria complexă a acestei opere depășește cadrul prezentei lucrări. De aceea ne vom limita la câteva remarci generale.

După Csoma de Korös (1835), majoritatea autorilor consideră *Rgyud-bzhi* ca fiind o traducere a unui original sanscrit pierdut. M. Winder, în introducerea semnată la *Medicina tibetană* de Rechung Rinpoche, sugerează că originalul sanscrit ar fi fost redactat în jur de 400 d. Ch., fără a argumenta totuși această ipoteză. Această

părere pare a fi în concordanță cu tradiția tibetană, care situează în secolul al VII-lea traducerea tratatului *Rgyud-bzhi* de Vairocana, după un doctor din Kashmir numit Zla-ba Mngon-par dga'ba (sanscrită: Candrabhinanda). Apoi, *Rgyud-bzhi* a fost achiziționată de către tantristul Padmasambhava din mânăstirea *Bsam-yas* de unde l-a scos mai târziu descoperitorul de comori (*gter-ston*) numit Grva-pa Mongon-shes. După lucrarea *Rin-Chen gter mdzod*, această „descoperire" ar fi astfel transmisă lui Gyu-thog-pa „cel Tânăr" (sec. XI), care a modificat-o și a răspândit-o.

Am extras din lectura *Rgyud-bzhi* mai multe observații care nu concordă cu părerea după care acest tratat nu ar fi decât o traducere a unui original sanscrit pierdut.

Acest tratat, cu o structură bine definită, clară și dialectivă, conține, pe lângă o bază evident împrumutată din medicina indiană, elemente de origine chineză: luarea pulsului, moxibustiunea sau clasificarea viscerelor în organe pline și cavități. Există, de asemenea, elemente care par proprii Tibetului, de exemplu examenul de urină. Aceste elemente diverse nu puteau lua naștere dintr-o simplă interpolare într-un text anterior, căci ele sunt încorporate organic în structura tratatului.

Rgyud-bzhi, de-al cărui vocabular pentru terminologia medicamentelor dispunem actualmente, prezintă diferențe importante față de comentariul său *Cha-lag bco brgyad* (atribuit lui Gyu-thog-pa, sec. XI), în care numele sanscrite sunt mult mai frecvente.

Izolat de comentariul său (*Vaidūrya sngon-po*), textul versificat al lui *Rgyud-bzhi* este adeseori obscur, dacă nu chiar incomprehensibil. Lipsesc cuvinte, ceea ce deseori conduce la construcții gramaticale aberante. Astfel, capitolul II din volumul din *Rgyud-bzhi* este consacrat embriologiei:

„Cauzele prime ale concepției sunt:
Sperma și sângele (menstrual) nevicitate ale părinților,
Individualitatea psihică (rnam-shes) născută ca efect al actelor trecute și al impurităților lor,
Reunirea celor cinci elemente, așa cum focul izbucnește din lemnele de aprins (dper-na gtsubs-shing dag las me 'byung).

Simpla lectură a *Rgyud-bzhi* nu ne face să înțelegem comparația din final în care „lemnul de aprins" reprezintă diferitele elemente necesare concepției. În plus, ultima frază cuprinde pluralul *dag*, după *gtsubs-shing* (lemn de aprins), ceea ce ne obligă să citim „lemnele de aprins", fără a înțelege necesitatea pluralului în acest context. Se creează impresia că după „lemnele de aprins" ar lipsi câteva cuvinte care ne-ar fi ajutat să înțelegem sensul comparației și necesitatea gramaticală a pluralului. Vom găsi aceste cuvinte în partea corespunzătoare din *Vaiḍūrya sngon-po* (vol. II, cap. 2):

> *„Așa cum focul izbucnește în întâlnirea dintre lemnul de aprins, suportul (de care este frecat lemnul), iasca și mișcarea mâinii..." (dper-na gtsub-shing dang gtan-pa dang spra-ba dang skyers-bu'i rtsol-ba lag-pa dang'di tshogs-pa las me'byung-ba yin no).*

Se pare că textul din *Rgyud-bzhi* a fost amputat din rațiuni de prozodie. Totuși, autorul comentariului, regentul Sangs-rgyas Rgya-mtsho, (sec. XVII) nu a ezitat, interpretând versurile deseori laconice sau de neînțeles din *Rgyud-bzhi*. Cuvintele care nu există în textul versificat se află în comentariu: astfel, *Vaidurya sngon-po* se articulează exact pe *Rgyud-bzhi* și îi restituie inteligibilitatea. Cum putem explica acest lucru? Dacă acest text, în forma sa actuală, este anterior comentariului, trebuie să presupunem că regentul a găsit într-un comentariu mai vechi elementele necesare înțelegerii lui *Rgyud-bzhi*. Dar în acest caz, ce interes ar fi avut autorul să scrie un nou comentariu de care, desigur, nu se putea îndepărta fără a risca să se îndepărteze chiar de *Rgyud-bzhi*?

Este ciudat că un text atât de important ca *Rgyud-bzhi* n-a fost introdus în secolul al XIV-lea în colecția canonică a lui *Bstan-'gyur* alături de alte texte medicale traduse din sanscrită. Ar trebui să spunem, de asemenea, că după tradiție, *Rgyud-bzhi* este unul din textele „descoperite" după ce fusese ascuns timp de mai multe generații (*gter-ma*): o asemenea odisee este unică în ceea ce privește textele medicale, al căror obiect nu justifică ascunderea. Faptul că anumite ediții (precum cele din Pekin și Lhasa despre

care avem date) au un titlu sanscrit deasupra celui tibetan nu ne permite să presupunem că este vorba de o origine indiană. Acest titlu sanscrit nu este, de altfel, prea ortodox, așa cum a arătat de curând R. E. Emmerick (1977) și pare adăugat ca marcă a erudiției. În sfârșit, *Rgyud-bzhi* nu apare pe lista „textelor budiste din vremea regelui Khri-srong Lde-btsan" (sec. VII) (Lalou M., 1953, fasc. 3, pag. 310).

Colofonul[1] ediției de la Lhasa ne-a ajutat să înțelegem mai bine istoria acestui text precum și particularitățile sale. Acest colofon, obscur prin stilul său emfatic și înflorat, ne spune că a existat o traducere din sanscrită a lui *Rgyud-bzhi* făcută de Vairocana, apoi ascunsă de Padmasambhava și, în sfârșit, „descoperită" de Grva-ba Mngon-shes. Ea a fost transmisă lui Gyu-thog „Cel Tânăr" (sec. XI), care l-a adăugit și l-a răspândit la rândul său. Această versiune a primit numele de *Rgyud-bzhi* de *Grva-thang* și pe parcursul timpului au fost realizate mai multe copii prin xilografie. În cele din urmă, regentul Sangs-rgyas Rgya-mtsho (1653-1705) a ordonat-o, completat-o, corectat-o și a transcris vechiul vocabular în termeni cunoscuți de toată lumea. Aceste remanieri reprezintă, de fapt, o re-scriere. Regentul a făcut apoi un examen atent al edițiilor mai vechi pe care le avea la dispoziție (una dintre ele fusese coordonată de către al cincilea Dalai lama însuși), după ce făcuse o comparație cu alte surse medicale sau nemedicale și se interesase de practica medicală a contemporenilor săi. Colofonul dă lista unui număr impresionant de lucrări de diverse origini de care s-a servit regentul: tantra, sutra, lucrări medicale de origine indiană (printre altele Aṣṭāṅgahṛdayasaṃhitā, lucrări medicale traduse din chineză sau provenind din Zhang-zhung[2] și vechi lucrări tibetane (*Cha-lag bco-brgyad* de Gyu-thog etc.). Cele două ediții care au urmat, contemporane celui de-al treisprezecilea Dalai lama, n-au făcut decât să difuzeze acest text cu câteva corecții minore.

---

[1] Colophon: însemnare la sfârșitul unui text conținând numele autorului, data redactării etc., menționându-se, de asemenea, reeditările ulterioare.

[2] Regiune din Munții Kailash, în sud-vestul Tibetului.

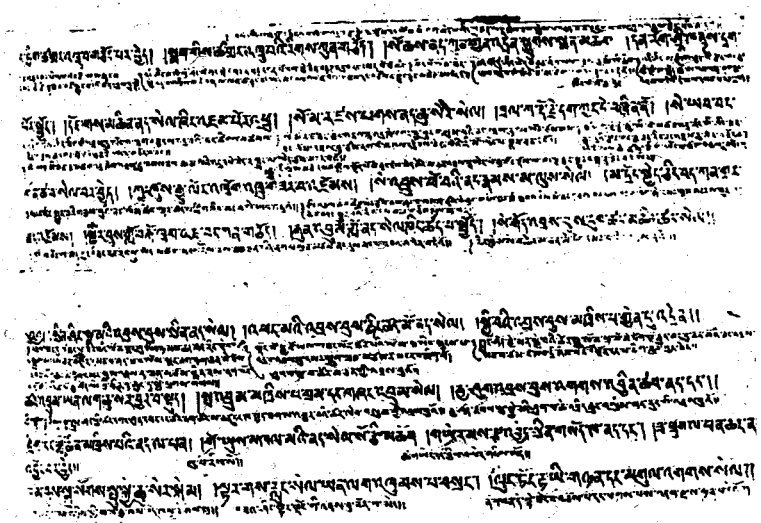


Fig. 11. Lucrare despre materialul medical, neilustrată (Colecția autorului).

Fig. 12. Operă ilustrată trilingvă (tibetană-mongolă-chineză) despre materialul medical, realizată în secolul al XIX-lea de către mongolul Rjam-dpal 'Rdo-rje (An illustrated Tibeto-Mongolian Materia Medica of Ayurveda. Ed. Lokesh chandra, New Delhi, 1971).

Observațiile noastre sugerează, așadar, că *Rgyud-bzhi* în forma sa actuală nu este mai veche de secolul al XVII-lea. Se explică astfel concordanța foarte precisă, uimitoare pentru noi, între *Rgyud-bzhi* și comentariul său *Vaidūrya sngon-po*, de vreme ce remanierea primeia s-ar datora autorului celei de-a doua lucrări (care devine într-un fel un auto-comentariu). Această ipoteză nu ne lămurește totuși cu privire la epocile în care au fost integrate elemente chineze și tibetane în varianta primitivă a *Rgyud-bzhi* care, după o tradiție ce nu respectă adevărul istoric, ar fi fost adusă din India de către Vairocana. Studiul atent al comentariului lui Gyu-thog-pa „Cel Tânăr" (sec. XI) ar trebui să fie relevant pentru conținutul lui *Rgyud-bzhi* din respectivul moment.

Lucrările practice

Deseori, la doctorii de pe dealurile înalte himalaiene găsim scurte tratate privind examenul pulsului (*rtsa-mdo*) sau al urinei (*chu-mdo*), ca și anumite terapeutici cum sunt luarea de sânge sau moxibustiunea. Aceste mici tratate sunt de obicei extrase din *Rdyud-bzhi*.

Lucrările care descriu materialul medical pot fi enciclopedice, ca *Shel-phreng* („Bloc de Cristal"), titluri prescurtate din cele două lucrări celebre ale lui Til-dmar Dge-shes Bstan-'dzin Phun-tshogs (sfârșitul sec. XVIII). Unele dintre ele sunt ilustrate, adeseori, chiar în culori. Se pare că au fost răspândite în special în Mongolia, fiind uneori trilingve (tibetană-mongolă-chineză). În continuare vom avea ocazia să descriem lucrarea mongolului 'Jam-dpal Rdo-rje (începutul sec. XIX) (fig. 12).

Cel mai adesea, lucrările despre materialul medical sunt modeste. Ele se mulțumesc să dea pentru fiecare medicament o descriere destul de imprecisă, urmată de enumerarea principalelor calități (fig. 11).

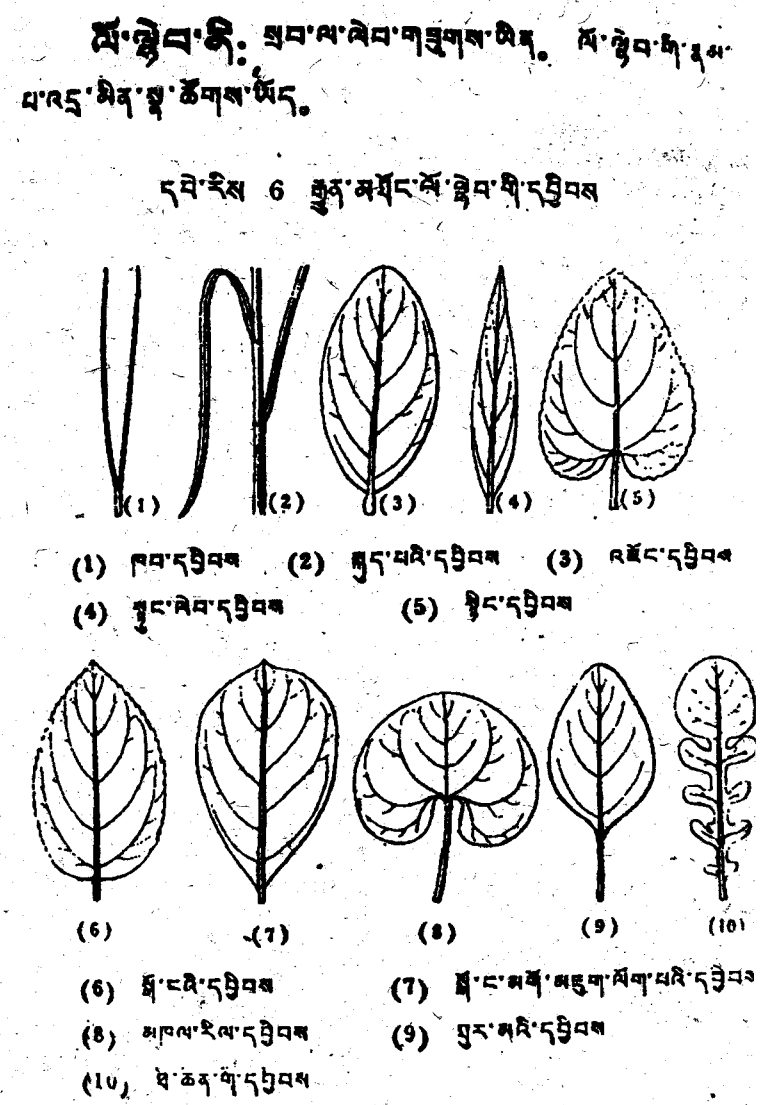


Fig. 13. Material medical contemporan editat la Lhasa, în 1971 — *Bod ljongs rgyun-spyod krung-dbyi'i sman-rigs.*

Să menționăm, în cele din urmă, publicarea la Lhasa, în 1971, a unei remarcabile cărți de 1 277 pagini, legată, în format de carte de buzunar și consacrată aproape în exclusivitate plantelor medicinale. Aceasta este concepută în același spirit ca și micile lucrări despre plantele medicinale publicate în alte regiuni ale Chinei, fiind destinate, în general, uzului popular rural. Este diferită de materialele medicale tradiționale prin două trăsături importante: o iconografie, frumoasă și foarte realistă, a unui număr de 424 de plante cărora li se dau definițiile botanice cu o precizie remarcabilă (fig. 13). Această convenție de limbaj permite, în continuare, o descriere fidelă a fiecărei plante în parte. Majoritatea plantelor descrise sunt utilizate în medicina tradițională tibetană, în cazul celorlalte, folosirea medicală pare să fi fost introdusă de către chinezi. Această lucrare menționează, după descrierea fiecărei doctorii, arealul său, anotimpul propice culegerii, indicațiile sale terapeutice și modul de preparare.

Aproape în întregime, numeroasele formule magistrale conținute în volumul IV din *Rgyud-bzhi* sunt date fără indicarea greutății sau a volumului. În practică, formulele folosite de Amchi Kunsang sau la „Tibetan Medical Center" din Dharamsala sunt cele

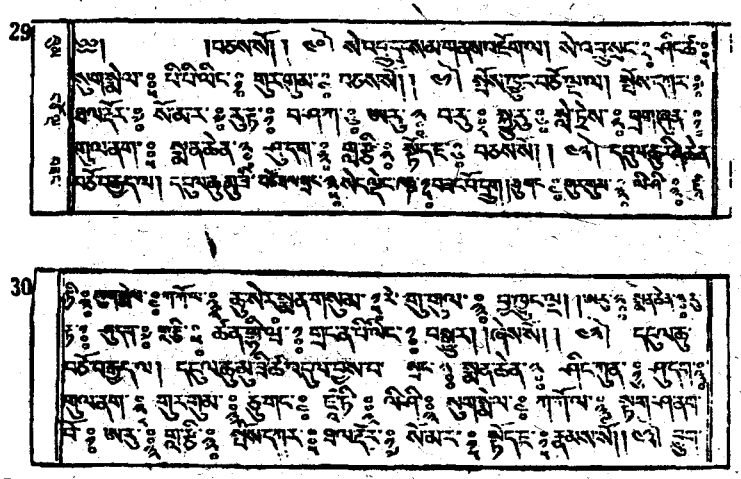


Fig. 14. Formular de preparații oficiale (Colecția autorului).

compilate de către Mkhyen-rab Nor-bu în Sman-rtsis-khang la Lhasa, în jur de 1950. Vom cita *Nyer mjho'i sman sbyor chi-med bdud-rtsi'i bum-bzang* („Vasele de preparații magistrale indispensabile, ambrozia nemuririi") de Mkhyen-rab Nor-bu, care conține 125 de formule pe aproximativ 60 de coli. După numele fiecărui preparat și acelea ale diferitelor ingrediente, urmează greutatea lor în trei cifre, formând un sistem zecimal. Cel de la bază exprimă numărul *zho* (10 gr), cel din mijloc numărul *srang* (1 *srang* = 10 *zho*), iar cel de sus numărul de unități, fiecare corespunzând la 10 *srang*. Fiecare formulă este urmată de indicațiile sale terapeutice majore (fig. 14).

Alte lucrări prezintă mai amănunțit metodele de detoxificare a medicamentelor, de exemplul a mercurului.

După Laufer H. (1900), Pozdneev ar fi făcut cunoscut că cei mai buni doctori din Mongolia țineau jurnale în care notau istoria clinică a bolnavilor tratați, ca și terapeutica prescrisă. N-am întâlnit niciodată nici măcar evocarea unor asemenea jurnale, care, desigur, ar fi putut favoriza progresul medicinei tibetane.

Documentele iconografice

Iconografia poate fi pur medicală sau de inspirație religioasă.

În 1947, sinologul și tibetologul Fernand Lessing a copiat douăsprezece picturi pe pânză, *thang-ka* (75 x 58 cm), conservate în a patra sală a templului *Yo-ho-chung* din Pekin. Aceste planșe formează cel mai complet ansamblu cunoscut până în prezent[1] și sunt conservate îl colecția de manuscrise din Biblioteca Asiei Orientale a Universității din Berkeley. Ele au fost publicate în 1960 de către I. Veith în Germania, și, mai târziu, sub coordonarea lui P. Huard, în Franța. Aceste picturi colorate sunt foarte frumos

[1] Massin C. a fotografiat de curând un ansamblu de 12 *thang-ka*, ilustrând anatomia și materialul medical de la *Sman-rtsis-khang*, la Lhasa.

realizate, având totuși câteva erori în legendă, erori datorate ignoranței copiștilor în ceea ce privește subiectul tratat. Planșele de la 1 la 7 sunt consacrate anatomiei (fig. 23). Planșa nr. 8 reproduce instrumentația, iar planșele nr. 9-12 reprezintă materialul medical și alimentele. Planșa nr. 7 este consacrată în special luării de sânge și moxibustiunii. Planșa nr. 3 este identică în toate privințele picturii aduse de la Lhasa de către Waddell și publicată în 1910 de către E. H. Walsh. Singura diferență consta în faptul că pictura de la

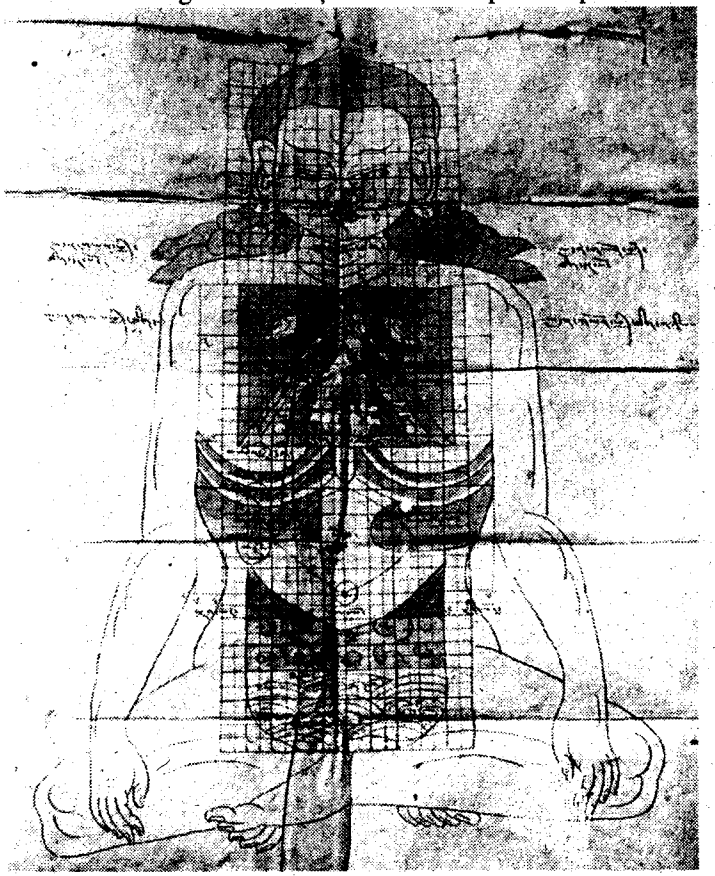


Fig. 15. Desen de anatomie (Colecția autorului).

Lcags-po-ri din Lhasa reprezintă personajul central pe un fond de cadrilaj favorizând reperele anatomice. De altfel, acest cadrilaj se regăseşte la planşele nr. 2, 4 şi 7 din Pekin (fig. 24).

În 1964, K. Lange a publicat un desen identic în toate privinţele planşei nr. 2 din Pekin. Se pare că acest desen provine din Mongolia şi a fost imprimat prin xilografie. Autorul semnalează zece planşe asemănătoare conservate la Biblioteca Naţională din Ulan Bator.

În sfârşit, aceeaşi planşă reprezentând o instrumentaţie precum cea din Pekin (cu variaţii în legendă datorate copiştilor) a fost editată de către Lokesh Chandra la New Delhi în 1968 cu *Cha-lag bco-brgyad* de Gyu-thog-pa. Din păcate, editorul nu indică proveniența (fig. 31).

Avem de-a face, deci, cu un ansamblu iconografic ale cărui copii se află în locuri foarte îndepărtate unele de altele. Care este originea acestei iconografii? Pentru Waddell (1911), pictura adusă de la Lhasa provine dintr-un original indian care ar fi fost introdus în Tibet în prima jumătate a secolului al VIII-lea. El emite această ipoteză datorită unei inscripţii care se află la baza acestei picturi şi care consideră că talia medie a omului are 96 de lăţimi de deget, adică aceeaşi dimensiune stabilită de Aryabhata în India. De fapt, aceeaşi măsurătoare apare şi în capitolul 4, volumul II din *Rgyud-bzhi*, unde se spune că talia medie a omului este distanţa între extremităţile braţelor sale întinse (*ldom*). Aceasta corespunde celor patru coţi (*khru*), adică 4 x 24 = 96 lăţimi de deget (*sor-mo*). Dacă această măsurătoare este, după cum pare, de origine indiană, nu înseamnă că este acelaşi lucru şi în cazul picturilor în discuţie. De fapt, planşele nr. 1, 2, 6 şi 12 din Pekin, ca şi desenul adus din Mongolia, au în partea inferioară o adnotaţie care se referă în mod explicit la *Vaiḍūrya sngon-po*. Este evident că planşa nr. 2 din Pekin şi pictura din Lhasa corespund numerotaţiei din capitolul 4, volumul II al ediţiei din Lhasa a lui *Rgyud-bzhi*. Această numerotaţie care priveşte oasele, vasele, dinţii etc. nu se află în ediţia din Pekin a *Rgyud-bzhi*, nici (în mod ciudat) în *Vaiḍūrya sngon-po*. Această iconografie a fost, deci, realizată pentru a ilustra *Rgyud-bzhi* şi ştim în prezent ce rol important a jucat regentul Sangs-rgyas rgya-mtsho în noua redactare a acestui text. Mai mult,

interesul didactic ce se află în mod evident la originea acestor desene este la fel de mare ca şi cel pe care l-a avut regentul atunci când a redactat *Rgyud-bzhi* şi *Vaiḍūrya sngon-po*.

Se poate presupune, aşadar, că regentul este cel care a promovat această iconografie (care provine, de asemenea, de la sfârşitul sec. XVII), fiind probabil, destinată iniţial învăţământului medical din colegiul *Lcags-po-ri* din Lhasa pe care acesta l-a fondat. Ceea ce nu înseamnă că orice iconografie medicală pe care o cunoaştem li se aseamănă, atât în lucrările despre materialul medical ale Jam-dpal Rdo-rje, cât şi în cele pe care le-am putut vedea la doctorii tibetani din Nepal (fig. 15).

În sfârşit, ştim, graţie unui mic desen foarte primitiv găsit printre manuscrisele din *Tun-huang* (Lalou M., 1941-42) că o anumită iconografie medicală era deja folosită de tibetani în secolele IX—XI. El ilustrează fără îndoială momentele moxibustiunii. Personajul reprezentat poartă în vârful capului un coc asemănător celui aflat în partea dreaptă a picturii din Lhasa (fig. 21). În mod curios, nu am găsit desene asemănătoare la tibetani sau în Nepal.

Să semnalăm, de asemenea, iconografia care reprezintă schematic, în formă de arbori, fiziologia, fiziopatologia, diagnosticul şi terapeutica (fig. 17—19), toate elementele care compun medicina tibetană. Acestea corespund descrierii făcute în primul volum al *Rgyud-bzhi*.

O anumită iconografie de inspiraţie religioasă priveşte medicina. Printre cei opt Buddha ai medicinei, *Sman-gyi-bla* „Maestrul Spiritual al Medicinei" este cel mai popular. Cultul lui *Bahaiśajyaguru* indian s-a răspândit până în Cambodgia şi Japonia. Cel care a introdus acest cult în Tibet ar fi fost Padmasambhava (Van der Wee, 1970).

Acest „Maestru Spiritual al Medicinei" a predat *Rgyud-bzhi* în palatul său din *Lta-na-sdug* prin intermediul celor două emanaţii ale sale. Înţelepţii inspiraţi „Cunoscătorul ştiinţei" şi „Cel născut din spirit". Răspunsurile celui dintâi la întrebările celui de-al doilea formează învăţătura din *Rgyud-bzhi*. Buddha al medicinei este

descris în cap. 31, volumul 2 din *Rgyud-bzhi*, în ritualul de sfințire a medicamentelor.

Medicina trebuie deci să se identifice cu:

„Buddha, Regele Strălucirii Bérilului,
Cu trup albastru,
Un chip, două brațe,
Mâna dreaptă făcând gestul dăruirii ține panaceul terminalia chebula,
Mâna stângă în poală ține bolul generozității plin cu ambrozie,
Așezat în poziția diamantului (Vajraparyanka),
Împodobit cu cele 32 de efigii principale și cele 80 de efigii secundare ale Iluminării,
Înconjurat de patru grupuri de învățăcei...“

Buddha al medicinei este reprezentat în mijlocul registrului superior de pe thangka de Gyu-thog-pa (fig. 16). El figurează nu numai la începutul cărților de medicină, ci este foarte des reprezentat în edificiile religioase, alături de alte divinități ale budismului tibetan. El este cel invocat la culesul plantelor medicinale. În timpul preparării medicamentelor, la patul bolnavilor...

Printre marii maeștri care au marcat istoria medicinei tibetane, cel mai adesea reprezentat este Gyu-thog-pa. Pe frumoasa thangka din colecția L. Van der Wee (Anvers) el ocupă locul central (Van der Wee, 1970). În mâna stângă, așezată în poală, ține un vas de ambrozie, semnul longevității. În mâna dreaptă, cu care face gestul dăruirii, ține o ramură înflorită. Pe o floare ofilită stă o carte pe care e așezată o spadă. Cartea este un simbol al cunoașterii, iar spada reprezintă eliberarea de legăturile ignoranței. Zeița medicinei, Sman-gyi lha-mo, este înfățișată dedesubtul lui Gyu-thog-pa. Ea ține în mâna dreaptă o piersică, alt simbol al longevității (fig. 16).

În registrul superior sunt reprezentați, de la stânga la dreapta: Sakyamuni, Buddha istoric, drept conducător al lui Buddha al medicinei; jina Amitayus: cel care împarte viața infinită, ținând în poală vasul umplut cu elixirul nemuririi; Buddha al medicinei și tantristul Padmasambhava, ale cărui raporturi cu *Rgyud-bzhi* și cu

Fig. 16. Thangka de Gyu-thog-p, Colecția L. Van der Wee (Anvers).

Buddha al medicinei le cunoaștem; în sfârșit, un aspect desemnat aici ca fiind unul dintre înțelepții inspirați (*drang-srong*). Acești *ṛṣi* sunt într-o foarte strânsă legătură cu învățământul medical indian.

În registrul mediu întâlnim, în stânga, teribila divinitate Hayagrīva, iar în dreapta o înfricoșătoare manifestare a lui bodhisattva Vajrapani. Acest aspect înspăimântător folosește în lupta împotriva puterilor răului.

Registrul inferior este ocupat de două grupuri, fiecare fiind adunat în jurul unui aspect al lui Mahakala care poate fi, de asemenea, angajat în lupta împotriva bolilor. Această divinitate teribilă este înconjurată de demoni în stânga și de zei ai abundenței, purtând cupe cu medicamente, bijuterii și saci plini de boli învinse, în dreapta.

În extrema stângă a registrului inferior, putem observa un personaj în haine monastice, ținând în mâna stângă foile unei cărți și arătând cu mâna stângă un teanc de cărți. Fără îndoială că această scriere tocmai a fost descoperită în grota din muntele reprezentat pe fundal. O inscripție de pe thangka îl descrie ca fiind Grangs-pa Mongon-shes, ceea ce este o greșeală a copistului pentru: Grva-pa Mongon-shes. Știm că acest „descoperitor de comori" este cel care a scos la lumină *Rgyud-bzhi* din mânăstirea din *Bsam-yas* unde fusese dusă de Padmasambhava. Pictorul a înfățișat aici tradiția obișnuită a cărților ascunse într-o grotă.

Personajul central nu poate deci să fie Gyu-thog-pa „Cel Bătrân", după cum a crezut D. I. Lauf (1971), ci descendentul său din secolul al XI-lea care a completat *Rgyud-bzhi*, după redescoperirea acesteia.

ANALIZA DIFERITELOR ASPECTE ALE MEDICINEI TIBETANE

În acest scop am folosit următoarele surse:

Rgyud-bzhi: Bdud-rtsi snying-po yan-lag brgyad-pa gsang-ba man-ngag gi-rgyud.

Volumul 2 : *Bshad-pa'i rgyud*, „Tratat explicativ".
Volumul 4 : *Phyi-ma'i rgyud*, „Tratat final".
Prescurtare: volumul 2 : 2T
volumul 4 : 4T
Cifra de după T indică numărul capitolului.
Exemplu: 2T3: al treilea capitol al „Tratatului Explicativ".

Vaiḍūrya sngon-po: Gso-ba rig-pa'i bstan-bcos sman-bla'i dgongs rgyan rgyud-bzhi'i gsal-byed bai-ḍūr sngon-po'i phreng-ba.

Volumul 2 (283 coli) și volumul 4 (251 coli).
Prescurtare: volumul 2 : 2V
volumul 4 : 4V
Cifra de după V indică numărul capitolului.

Gso-byed bdud-rtsi'i khrul-med ngos-'dzin bzo-rig me-long du rnam-par shar-pa mdzes mtshar mig rgyan zhes bya-ba bzhugs-so (174 coli).
Material medical ilustrat, însoțit de o expunere sintetică a sistemului medical tibetan, de o descriere a instrumentarului și de desene de anatomie. Este opera unui medic mongol de la începutul secolului al XIX-lea, 'Jam-dpal Rdo-rje din Naiman, publicată de Lokesh Chandra, New Delhi, 1971. „An Illustrated Tibeto-Mongolian Materia Medica of Ayurveda." Prescurtare J.P.

Sman ming nus-pa rkyang-bshad don bsdus long-ba'i 'khar-ba bzhugs-so (47 coli).
Manuscris al unei lucrări de medicină, fără indicii asupra autorului sau surselor. Este utilizat de Amchi Kunsang și pare a fi un rezumat al lucrării *Shel-gong* de Til-mar Dge-bshes Bstan-'dzin Phung-tshogs (secolul XVIII).

Aṣṭāṅgahṛdayasaṃhitā, de Vagbhata.
În traducerea lui C. Vogel (1965).
Prescurtare: As.

Suśrutasaṃhitā.
În traducerea lui Kaviraj Kunjalal Bhishagratna, The Chowchamba.
Sanskrit Series Office, Varanasi, India, 1963.
Prescurtare: Susruta.

Carakasaṃhitā
În traducerea lui Shree Gulabkunverba, Ayurvedic Society, Jamnagar, India, 1949.
Prescurtare: Caraka.

În analiza noastră ne vom conduce după planul expus de Înțeleptul „Cunoscător al științei" în 2T1:

„Dacă rezumăm elementele științei medicale privitoare la om, cel mai important dintre cele șase specii de creaturi, vom obține sănătatea, vindecarea bolilor, longevitatea, Legea religioasă, abundența și fericirea; vom lua în considerare patru aspecte: obiectul tratamentului, tratamentul, modalitatea de îngrijire și pe cel care îngrijește.

I. — Învățătura despre obiectul tratamentului:
1/ Corpul care beneficiază de tratament.
2/ Bolile care iau naștere din trup.

II. — Metodele terapeutice (*gso-bar byed-pa'i gnyen-po*) ale bolilor:
3/ Modul de viață.
4/ Dietetica.
5/ Medicamentele.
6/ Intervențiile.

III — Metodele prin care trebuie îngrijite umorile:
7/ Menținerea sănătății și prelungirea vieții.
În caz de boală, terapeutica prezintă trei aspecte:
8/ Metodele de investigație diagnostică.
9/ După diagnostic, principiile terapeutice.
10/ Metodele terapeutice.

IV — Medicina îngrijirii.

Astfel iau naștere unsprezece secțiuni, din patru rădăcini".

Fig. 17. „Arborele medicinei nr. 1" reprezentând starea de sănătate (trunchiul din stânga) și starea de dezechilibru (trunchiul din dreapta). Frunzele ilustrează fiecare un element al celor două stări, formând astfel o sinteză schematică a fiziologiei și fiziopatologiei (Colecția autorului).

Fig. 18. „Arborele medicinei nr. 2". Același principiu aplicat diagnosticului. Cele trei trunchiuri reprezintă diagnosticul prin puls, urină și anamneză (Colecția autorului).

Fig. 19. „Arborele medicinei nr. 3". Reprezintă într-un mod schematic metodele terapeutice; cele patru trunchiuri sunt modul de viață, dietetica, medicamentația și „intervențiile" (Colecția autorului).

Embriologia *(chags-tshul)*

/2T2/ „Embriologia are trei aspecte: cauzele prime ale concepției, cauzele secundare ale dezvoltării și semnele nașterii".

Concepția

Cauzele prime ale concepției sunt: sperma și sângele (menstrual) nevicitate ale părinților, individualitatea psihică în căutarea unei noi încarnații, împinsă de efectele actelor sale anterioare (*karman*) și îmbinarea celor cinci elemente.

/2T2/ „Sperma (și) sângele (menstrual) devin apoi negre și astringente, în cazul dezechilibrului pneumei. Bila (în dezechilibru) le face acide, galbene și dezgustătoare. Flegma (în dezechilibru) le face terne, lipicioase, dulci și reci... Fiecare dintre aceste vicii împiedică (sperma și sângele menstrual să joace) rolul lor sămânță".

/2V2/ „Pentru a fi împinsă spre o încarnare umană *karma* individualității psihice care trece între două vieți trebuie să fie bună și, de asemenea, *karma* părinților să fie de aceeași natură... Dacă meritele părinților sunt mari și cele ale individualității psihice sunt mici, și invers, sau dacă cei doi, părinții și viitorul foetus (au aceleași merite) fără să se fi acumulat *karma* din întâlnirea lor, nu are loc concepția".

/2T2/ „Nimic nu se împlinește fără elementul pământului. Reunirea nu se poate face fără apă. Nu există maturizare fără foc. Nu există dezvoltare fără vânt. Dezvoltarea nu poate avea loc fără spațiu".

/2T2/ „Sperma (normală) este albă, grea, dulce și abundentă. Sângele menstrual seamănă (în mod normal) cu vopseaua sau cu sângele de iepure și dispare la spălat".

/2V2/ „În fiecare lună, excepție făcând femeile însărcinate sau sterile, elementul roșu (*khams dmar-po*) crește progresiv și se adună în organul *bsam-se'u*, începând cu a 16-a zi a lunii (în fiecare lună) până în luna următoare. Apoi, în prima zi a lunii și în zilele următoare, în timp ce luna crește, elementul roșu ajunge în cavitatea uterină (*mngal gyi sbugs*) și traversează două mari canale (*rtsa*) care fac legătura între zonele stângă și dreaptă ale uterului și organul *bsam-se'u*. Astfel, este provocată deschiderea orificiului uterului și revărsarea spre bază (menstruația). Menstruația are loc, în special, în primele 15 zile ale lunii deoarece acesta este momentul în care elementul lunar crește și cel solar descrește. Deoarece apare în fiecare lună (acest sânge) se numește <simptom menstrual> (*zla-mtshan*)... Înainte de 12 ani, din cauza activității proprii a fiecărei chintesențe[1], (chintesența finală) nu se poate aduna în organul *bsam-se'u*. După 50 de ani, slăbirea celor cinci elemente nu mai permite adunarea (chintesenței în organul *bsam-se'u*) și de aceea nu există menstruație (înainte de 12 ani și după 50 de ani)... Între aceste vârste <sucul roșu> (*klu-ba dmar-po*) se formează progresiv, plecând de la chintesența hranei, și se localizează în *bsam-se'u*. Acest suc este eliminat prin deschiderea uterului sub efectul pneumei care îl evacuează spre bază".

/2T2/ „Pneuma deschide orificiul uterului (și sângele) curge timp de *trei zile*".

Comentariul explică de ce, mai sus, sângele menstrual a fost comparat cu sângele de iepure, fiind descris ca ușor negru. Împingerea pneumei în momentul evacuării e cea care îl înnegrește. După sfârșitul menstruației, în timpul contactului sexual fecundat, sângele proaspăt care vine din nou din *bsam-se'u* este asemănător sângelui de iepure.

Regăsim aici relația strânsă între macrocosmos și corpul uman: sângele menstrual, „elementul roșu" sau „sucul roșu", se

[1] Așa cum vom vedea mai departe, aceste chintesențe produse de hrană, contribuie la formarea diferitelor țesuturi corporale.

adună în organul *bsam-se'u* în timpul celei de-a doua jumătăți a lunii, deoarece în această perioadă luna (echivalentul cosmic al elementului alb: sperma) scade, iar soarele (echivalentul cosmic al elementului roșu) predomină. În prima jumătate a lunii creșterea lunii, care devine predominantă, este însoțită de trecerea sângelui menstrual în uter și de scurgerea lui spre bază.

/2V2/ „Primele trei zile fiind perioada de reglare, nu există prea curând fecundație. Raporturile sexuale sunt contraindicate în această perioadă nu numai din motivul expus mai sus ci, de asemenea, pentru că sunt deosebit de nefaste vieții și corpului partenerului masculin. De asemenea, într-a 11-a zi nu poate fi conceput un băiat, ci numai o fată... Raporturile sexuale nu sunt recomandate în primele trei zile și în ziua a 11-a. În cazul în care raportul sexual are loc în a 4-a, a 6-a, a 8-a, a 10-a și a 12-a zi, se va naște un băiat iar în a 5-a, a 7-a, a 9-a și a 11-a zi va fi o fată... După a 12-a zi, deschiderea uterului este ca o floare de lotus. Sperma nu poate fi reținută și curge în exterior pe <cale> (lam : aici, vaginul). De aceea, concepția neputând avea loc, trebuie așteptat din nou <timpul menstruației> (primele 15 zile ale lunii)".

/2T2/ „Dacă sperma este într-o cantitate mai mare (decât sângele), va fi un băiat. Dacă sângele menstrual e preponderent, va fi o fată. Dacă cele două vor fi în cantități egale, va fi un ambisexuat (*ma-ning*). Dacă ele se divid, se vor naște gemeni. Din sperma paternă iau naștere oasele, creierul și măduva spinării. Din sângele menstrual matern ia naștere carnea, organele pline și cavitățile. Din spirit (*manas*)[1] se nasc percepțiile senzoriale. Din elementul pământ iau naștere carnea, oasele, nasul și mirosurile".

/2V2/ „Din calitățile specifice elementului pământ iau naștere componenta dură a cărnii, a oaselor etc. și în special organul senzorial al nasului, asemănător unui fascicul de ace de cupru

[1] Este vorba de individualitatea psihică intrând într-o nouă reîncarnare.

și de asemenea, obiectul acestui simț, care ține de natura mirosurilor".

/2T2/ „Din apă se nasc sângele, limba și umiditatea gusturilor. Din elementul foc iau naștere căldura, tenul pur, ochii (și) formele. Din elementul aer se nasc suflul (*dbugs*), pielea (și) ceea ce se simte prin atingere. Din spațiu iau naștere căile de trecere (*bu-ga*), urechile și sunetul...

Teoria precedentă este foarte apropiată de cele expuse în tratatele ayurvedice *Suśruta* Śā.2 și *Caraka* Śā.2, excepție făcând rolul important pe care îl joacă aici organul *bsam-se'u* în formarea sângelui menstrual. Trebuie remarcat faptul că în tratat nu vorbește despre proveniența spermei și nu este semnalată explicit prezența unui organ *bsam-se'u* la bărbat (vezi paragraful „Demersul diagnostic").

Conform *Śuśruta* Śā.2: sperma se răspândește în tot organismul, așa cum zahărul este dizolvat în sucul de trestie, și nu se acumulează decât în timpul actului sexual.

Dezvoltarea embrionului

Punctul de plecare al acestuia este ombilicul:

/2V2/ „Foetusul se dezvoltă începând cu partea inferioară. Partea nutritivă a mâncării ingerate de mamă dă naștere, succesiv, plecând de la stomac, chintesențelor (*drangs-ma*) care dezvoltă fiecare țesut corporal (*lus-zungs*). A șaptea chintesență se adună în *bsam-se'u*. Apoi, sub efectul lui karman, cele două canale care leagă uterul în dreapta și în stânga de *bsam-se'u*, ca și canalul care leagă uterul de ombilicul embrionului, permit scurgerea continuă a chintesenței — *bsam-se'u*, asemănătoare cu un bazin — prin luminile canalelor asemănătoare cu șanțurile de irigație, către embrionul asemănător cu un câmp. Cele 36 de elemente ale

embrionului cresc şi se dezvoltă precum culturile. Astfel se explică şi absenţa menstruaţiei la femeia însărcinată".

Această teorie a dezvoltării embrionare, pornind cu ombilicul, nu este cea din medicina ayurvedica în care se admite dezvoltarea simultană a tuturor părţilor embrionului. Totuşi, *Suśruta* Śā.2 şi *Caraka* Śā.6 discută diversele opinii după care dezvoltarea embrionară ar începe cu capul, inima, ombilicul etc.

După *Caraka* Śā.6, uterul este legat de inima mamei. Regentul, în comentariul său, menţionează anumite autorităţi medicale după care „vasele inimii" (*snying-rtsa*) mamei intervin în dezvoltarea foetusului. Dar concluzia este că aceşti autori numesc inima ceea ce în realitate este *bsam-se'u*.

/2T2/ „În timpul primei săptămâni a celei dintâi luni, sperma este amestecată cu sângele precum fermentul în lapte. În săptămâna a doua, aceasta se coagulează şi ajunge la consistenţa laptelui bătut în săptămâna a patra. Ombilicul embrionului se formează între prima şi a cincea săptămână din luna a doua. Vasul vital (*srog-rtsa*) apare în săptămâna a şasea plecând de la ombilic <ceea ce aici se numeşte vasul vital este canalul median *susumnă*> /2V2/. Organul de simţ al văzului se conturează în săptămâna a şaptea. Conturul capului apare în săptămâna a opta, aşezat pe organul anterior. Forma corpului, trunchiul, partea superioară şi inferioară apar în săptămâna a zecea, din luna a treia. Formele celor 9 orificii ale corpului apar în săptămâna a 11-a. Silueta celor 5 organe pline se conturează în săptămâna a 12-a. Contururile celor 6 cavităţi apar în săptămâna a 13-a. Formele încheieturilor membrelor superioare şi inferioare apar în săptămâna a 14-a, din luna a patra. Extremităţile membrelor apar în săptămâna a 15-a. Cele 20 de degete se formează în săptămâna a 16-a. Canalele de legătură între suprafaţă şi profunzimi apar în săptămâna a 17-a. Carnea şi grăsimea se formează în săptămâna a 18-a şi în săptămâna a 19-a apar tendoanele şi ligamentele. Oasele şi măduva osoasă se formează în săptămâna a 20-a. Pielea superficială acoperă (corpul) în săptămâna a 21-a. Apoi, în săptămâna a 22-a, din a şasea lună,

luminile celor 9 orificii corporale (*dbang-po go dgu'i bu-ga*) se deschid complet. Părul şi unghiile cresc în săptămâna a 23-a. Organele pline şi cavităţile ajung la maturitatea deplină în săptămâna a 24-a. În acest moment apare conştiinţa senzaţiilor agreabile şi neplăcute. Circulaţia pneumei apare în săptămâna a 25-a. Memoria se clarifică în săptămâna a 26-a. Apoi, totul se defineşte clar între săptămâna a 27-a şi a 30-a, din luna a şaptea. Din a 31-a săptămână până într-a 35-a totul creşte. Starea de bine se transmite de la mamă la foetus în mod invers proporţional (când mama are o mină bună, cea a foetusului este rea şi invers). Un sentiment de disconfort şi aversiune apare după săptămâna a 36-a, din luna a noua". „Începând cu prima zi a celei de-a 36-a săptămâni, sentimentul de disconfort şi aversiune pentru locul impropriu — uterul —, mirosurile neplăcute şi obscuritatea acestei închisori iau naştere în spiritul (foetusului). Aceasta dă naştere în el dorinţei de a-şi schimba locul" /2T2/. „Ideea plecării se naşte în foetus în săptămâna a 37-a. În săptămâna a 38-a, copilul este expulzat din uter".

Toate transformările care au loc din săptămână în săptămână se datorează acţiunii unei pneume determinate. Această teorie a dezvoltării foetale se îndepărtează simţitor de *Āyurveda* clasică.

Vaiḍūrya sngon-po introduce deja în acest capitol (fig. 20) concepte proprii tantrismului şi conceptului yoga.

/2V2/ „În săptămâna a 5-a, ombilicul, *cakra* (corpului) de manifestare (*nirmāṇacakra*) se formează în legătură cu cea de-a 16-a vertebră, având forma a patru vase dispuse în formă de raze. În săptămâna a 6-a, canalul central (*dbu-ma*), numit şi <vasul vital> şi <locul pneumei vitale Substrat universal> (*kun-gzhi srog-rlung*) se dezvoltă la o înălţime de 16 lăţimi de degeţ de embrion[1], prinzându-se de centrul cakrei din zona ombilicului. *Cakra* Corpului Esenţei (*dharmacakra*) se formează în extremitatea sa superioară, în regiunea cardiacă,

[1] Reperele anatomice, atât la embrion, cât şi la copil sau la adult, sunt făcute la scara proprie subiectului.

având înfățișarea a patru vase dispuse cu raze la nivelul celei de a opta vertebre. În săptămâna a 7-a, vasul vital se dezvoltă din nou, făcându-se de 12 lățimi de deget embrionar pornind de la inimă. Cakra (corpului) plăcerii (*sambhogacakra-ers*) se formează la nivelul gâtului, în zona primei vertebre (*an-stong*)[1]. Plecând de aici, canalul se dezvoltă din nou, până la 16 lățimi de deget embrionar în sus *chakra* Marii Fericiri (*mahāsukhacakra*) se formează la nivelul sinciputului o datăcu organul vederii. Conturul capului se schițează la sfârșitul celei de a 8-a săptămâni, având la bază această *cakra* și o dată cu organul vizual. Când vasul vital s-a dezvoltat de 14 lățimi de deget în jos, plecând de la ombilic, *cakra* Păstrării Fericirii (*bde skyong gi'khor-la*) se formează în regiunea genitală, simultan cu momentul *cakrei* de la gât".

Nașterea

/2T2/ „În cazul pierderilor de sânge, dezvoltarea foetusului nu poate avea loc. Dacă uterul este hipertrofiat (*mngal-rgyas*), nașterea este dificilă chiar când e la termen. Dacă pneuma blochează uterul, nașterea este întârziată, chiar dacă timpul a venit... Slăbiciunea fizică, coborârea uterului, greutatea din partea inferioară a trunchiului, durerile în regiunea iliacă (*mtshang-ra*) și a șalelor, durerile intermitente (*ldang-dud byed*?) ale abdomenului și hipogastrului, dilatarea vaginului, (curgerea) abundența urinei și creșterea în intensitate a durerilor sunt semnele unei nașteri iminente".

[1] Această „primă" vertebră corespunde, de fapt, celei de-a șaptea vertebre cervicale, reperate prin propria apofiză spinoasă proeminentă.

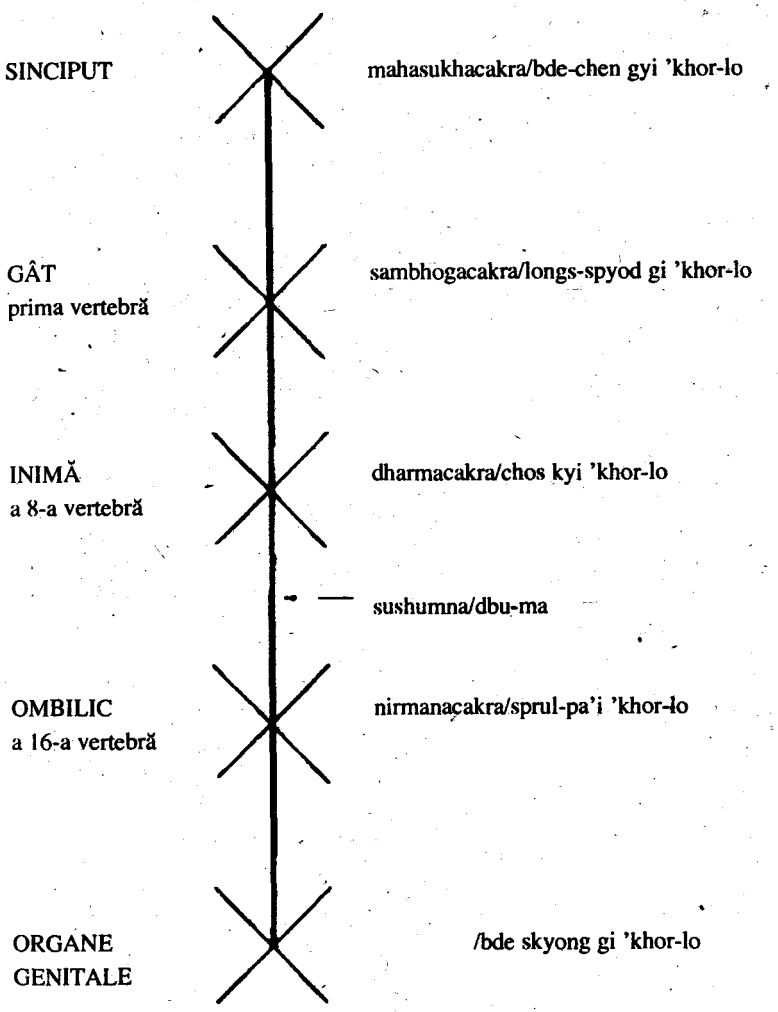


Fig. 20. Dezvoltarea embriologică a cakrelor (după 2V2).

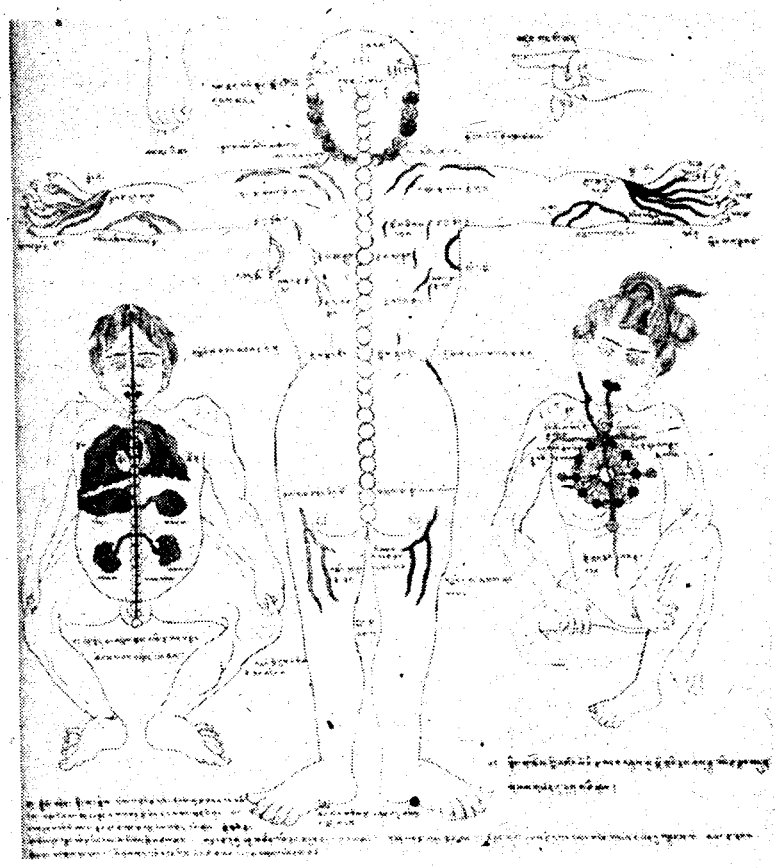


Fig. 21. Desen de anatomie. Dispunerea vaselor superficiale (centrul). Reprezentarea organelor profunde (personajul din stânga). Dispunerea „canalelor existenței" (*srid-pa'i rtsa*) la nivelul inimii (personajul din dreapta) (Colecția autorului).

Anatomia *(phund-po'i gnas lugs)*

Metafore ('dra-dpe)

/2T3/ „Cele două oase ale șoldurilor sunt ca fundațiile unui zid.
Vertebrele sunt ca monezile.
Vasul vital este asemănător unei coloane de sardonix.
Sternul este asemănător unei grinzi culcate.
Cele douăzeci și patru de coaste sunt ca frumoasele grinzi...
Capul este va vârful ornamentat al unei piramide.
Cele cinci orificii ale simțurilor sunt ca ferestrele din față...
Șuvițele de păr se aseamănă cu țiglele masculine și feminine de pământ ars (îmbinându-se unele cu altele)...
Părțile superioare și inferioare ale trunchiului sunt ca două etaje ale unei case.
Diafragma este ca o perdea întinsă.
Inima se aseamănă unui rege așezat pe tron.
Cei cinci lobi pulmonari <mame> (*glo-ba ma lnga)*[1] sunt ca miniștrii Afacerilor Interne.
Ficatul și splina sunt ca prima și a doua regină.
Cele două membre inferioare se aseamănă pietrelor care ajută la coborârea de pe cal".

Nu cunoaștem un sistem de metafore echivalent în medicina ayurvedică. În medicina chineză, în schimb, există unul în care organele sunt comparate cu diferiți funcționari imperiali (*Nei ching* III, în traducerea lui I. Veith, 1972). Metaforele precedente arată,

[1] După desenele de anatomie tibetane, cei cinci lobi ocupă partea antero-superioară a plămânilor. Cei cinci lobi „fii" ocupă partea postero-inferioară și par „protejați" sau „acoperiți" de lobii „mame". Lobii „mame" ar putea corespunde celor cinci segmente ale lobilor superior și mediu, în dreapta, și ale lobului superior, în stânga. În acest caz, lobii „fii" ar fi segmentele lobilor anteriori, drept și stâng.

de altfel, o netă influență chineză: ornamentația din vârful piramidei, țiglele, pietrele de descălecat etc.

Cuantificări ale constituentelor corporale

/2T4/ „Cantitatea de pneumă (conținută în corp) este egală cu volumul vezicii pline.
Cantitatea de bilă este egală cu volumul pungilor (individului).
Cantitatea de flegmă este de 3 *snyim-pa*[1] proprii individului.
Cantitatea de sânge și de excremente este de 7 *snyim-pa* (pentru fiecare...).
Cantitatea de oase: 23 de specii diferite, dintre care cele 28 de oase ale coloanei vertebrale, 24 de coaste, 32 de dinți, 360 de oase constituind scheletul. Există 12 articulații groase ale membrelor, 210 articulații mici, 16 tendoane și 900 de ligamente, 5 organe pline, 6 cavități și 9 orificii..."

Rolul canalelor într-o rețea: ('brel-ba rtsa yi gnas lugs)

Preferăm să traducem *rtsa* (literal: „rădăcină") prin canal, ceea ce este suficient de vag pentru a acoperi toate accepțiunile acestui termen care desemnează în aceeași măsură noțiuni anatomice occidentale (vene, artere, nervi), ca și structuri necunoscute în anatomia modernă sau chiar concepte imateriale (canale ale vieții). Vom traduce *rtsa* prin termeni mai precișI de fiecare dată când contextul ne va permite: de exemplu, artera pentru *phar-rtsa* (canal pulsatil). *Rtsa* poate desemna și pulsul.

[1] Volum primit cu cele două mâini împreunate în formă de cupă.

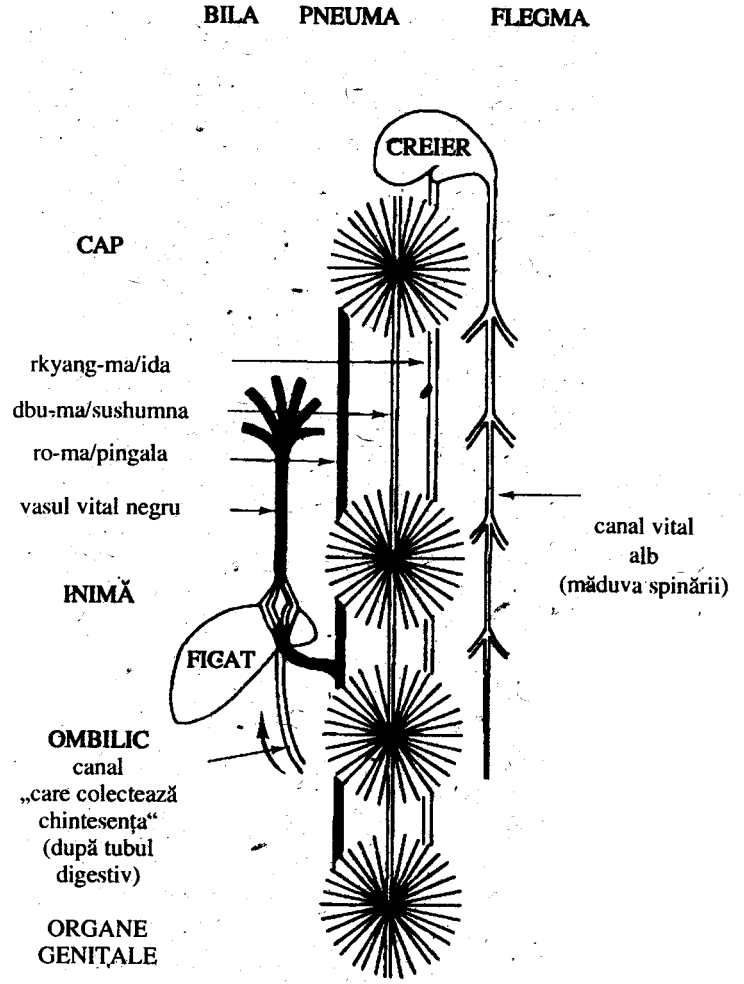


Fig. 22 Dispunerea în cakre a canalelor „existenței" la nivelul capului, inimii, ombilicului și al organelor genitale.

Distingem patru tipuri de canale: de geneză (*chag-pa'i rtsa*), de existență (*srid-pa'i rtsa*), de legătură (*'brel-ba'i rtsa*) și de viață (*tshe yi rtsa*).

Autorul *Vaiḍūrya sngon-po* dă următoarele explicații pentru introducerea conceptelor tantrice:

> /2V4/ „În realitate, dacă expunem din punct de vedere medical canalele *dbu-ma* (*sushumnā*), *ro-ma* (*pingalā*), *rgyang-ma* (*iḍā*) și *cakrele* care corespund învățăturii tantra, se vor găsi persoane care să spună că *Vajrāyana* avea o semnificație esențialmente mentală...; această (anatomie tantrică) nu se aplică corpului obișnuit deoarece, dacă ar fi așa, ele (cele trei canale și cakrele), ar trebui să fie vizibile la cadavre. Ori, ele nu sunt vizibile. Aceste persoane spun că pneuma, canalele și <punctul> (*thig-le*, *bindu*), fiind substratul gândirii (*sems*, *citta*), ele dispar după moarte, în același moment cu individualitatea psihică (*rnam-shes*), asemeni curcubeului toamna. Acestea nu sunt decât prostii datorate lipsei de înțelegere a *Kalacakratantrei*...".

Această discuție este interesantă, căci ea arată cum comentatorul justifică anatomia tantristă prin realitatea sa materială și nu prin cea subtilă, ceea ce ar fi totuși în acord cu tradiția. Trebuie să arătăm care este argumentul folosit de oponenții acestei teorii: canalele și cakrele sunt invizibile la cadavre. Dar observația directă este, fără îndoială, mulată pe imperativele unei speculații care avea avantajul de a propune un sistem general foarte coerent.

> /2V4/ „Modul de formare, lungimea etc. a *dbu-ma* (*suṣumnā*) de deasupra ombilicului a fost descrisă în capitolul al doilea (embriologie)...; *rkyang-ma*, unde circulă principiul apos (*chu'i khams*) este canalul genezei flegmei...; *ro-ma* pe unde circula principiul focului *(me'i khams)* este canalul formării bilei...; zona sub-ombilicală a dbu-ma care conține principiul vântos *(rlung gi khams)* este canalul formării pneumei".

Comentatorul descrie în continuare cele trei canale conform anatomiei yoga și tantra (fig. 23). Aici *dbu-ma* este canalul median (*suṣumnā*, *ro-ma* este canalul din dreapta (*pingalā*) și *rkyang-ma* canalul din stânga (*iḍā*). Știm deja că în teoria yoga canalul drept

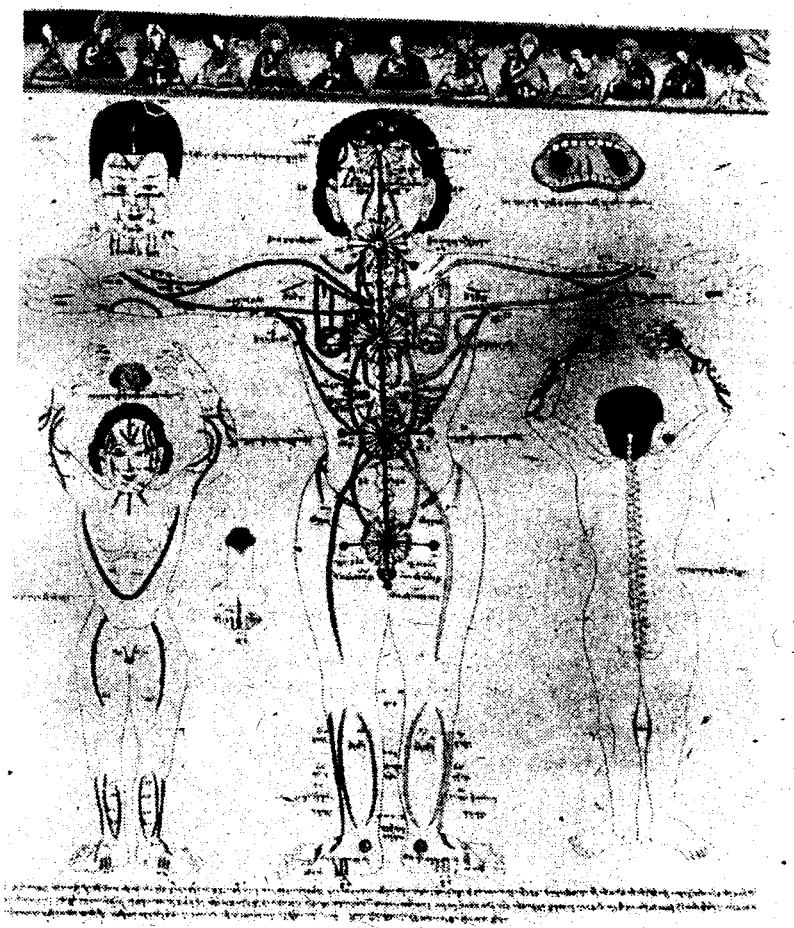


Fig. 23. Canalele „genezei", „existenței" și originea canalelor de legătură.

corespunde principiului cald, printre altele soarelui și sângelui menstrual, iar canalul stâng corespunde principiului rece, de exemplu lunii și spermei; canalul median unește în sine cele două principii antagoniste.

/2V4/ „În acest fel, toate varietățile de canale pot fi regrupate în trei tipuri: canalul pneumei (*rlung-rtsa*), canalul sângelui (*khrang-rtsa*) și canalul apei (*chu-rtsa*). Mai mult decât atât, toate canalele apoase se separă radical de *rkyang-ma*, toate canalele pneumei iau naștere din *dbu-ma* și toate canalele sângelui provin din *ro-ma*. Este corect (să nu admitem contradicția între anatomia medicală și cea a tantrei). Dar, dacă ne punem întrebarea de unde provin canalele sângelui și ale pneumei în amestec? Cele trei (canale) *ro-ma, rkyang-ma* și *dbu-ma* se reunesc la baza inimii. Aceasta este pusă în mișcare de bătăi, sub efectul circulației prin orificiul (inimii) spiritului cuprins de ignoranță *(nyon-mongs-pa'i yid)*. De aceea, sângele și pneuma circulă amestecare în inimă[1] și, în special, în toate canalele de legătură (*brel-ba'irtsa*), care sunt, de asemenea, pulsatile. Aceste artere sunt și ele caracterizate de pericolul vital (*gnyan-pa'i rgyu-mtshan*)".

Canalele genezei (chag-pa'i rtsa)

/2V4/ „Acestea sunt singurele care se formează înaintea celorlalte în timpul embriogenezei. Din canalul central al ombilicului se separă trei ramificații. Dintre acestea unul este străbătut de apă sau de principiul lunar. Traversând partea dreaptă a corpului, acest canal alb se îndreaptă în sus și se alătură celorlalte (două căi în centrul *cakrelor* inimii, gâtului și sinciputului. Creierul se formează pe baza acestui canal..

[1] Deoarece *ro-ma, rkyang-ma* și *dbu-ma* se reunesc la baza inimii.

Obscuritatea mentală[1] pare să-și aibă sediul în creier, căci de cele mai multe ori se observă că încetineala, confuzia, lipsa de memorie etc. provin din cap. Flegma provine din obscuritatea mentală: cauza primă (obscuritatea mentală), cauză ajutătoare (creierul) și rezultatul (flegma) își au sediul sus... De asemenea, în cazul sediului celor trei canale, care este parcurs de sânge sau de principiul focului. După ce, în mijlocul corpului, intră în contact cu un canal <care adună chintesența> (*dvangs-ma len-pa'i rtsa*) la nivelul glandei din depresiunea ficatului (*mchin-pa'i lun-chen*), ramurile sale se îndreaptă către a 10-a vetebră. Vasul vital negru (*srong-rtsa nag-po*) se formează cu ramurile pornind de la vasul precedent... Substratul agresivității pare a fi sângele și vasul vital negru. Bila luând naștere din agresivitate, cauza primă (agresivitatea), cauza ajutătoare (sângele și vasul vital negru) și rezultatul (bila) se află în mijlocul (corpului)... Același lucru se întâmplă în cazul celor trei canale pe unde circulă vântul sau principiul cunoașterii sublimate (*ye-shes kyi khams*). Sediul organelor genitale se formează la nivelul extremității inferioare a acestui canal (median) datorită circulației principiului fericirii (*bde-ba'i khams*)... Dorința pare să-și aibă locul la nivelul organelor genitale ale femeii și bărbatului. Deoarece pneuma ia naștere din dorință, cauza prima (pneumă) își are sediul în partea inferioară a corpului".

Canalele existenței (srid-pa'i rtsa)

/2V4/ „Se spune despre cele 24 de canale care determină apariția formelor etc., adică a obiectelor percepute de

[1] Ignoranța care încătușează individualitatea psihică în lanțul încarnărilor fără sfârșit se manifestă sub forma celor „trei otrăvuri": obscuritatea mentală, agresivitatea și dorința, ele însele fiind la originea celor trei umori.

diversele simţuri: ochii etc. că sunt <înfăşurate în creier> (*klad-par 'khyil-ba*)... Ele sunt înconjurate de un cerc cu 500 de mici canale... Cele 24 de canale care produc cele 6 experienţe senzoriale şi sunt substratul conştiinţei de sine şi a memoriei se numesc *yid bzang-ba*. Ele sunt înconjurate de un cerc având 500 de mici canale la nivelul inimii. Plecând de la canalele numite *yid bzang-ba* înaintează un canal roşu prin care circulă experienţa celor 5 simţuri fizice. Un canal galben prin care circulă conştiinţa-receptacul[1] înaintează spre dreapta. Un canal albastru prin care circulă conştiinţa reprezentărilor fizice (simţul subtil, al şaselea) înaintează spre stânga. Un canal verde, prin care circulă gândirea impură[2], pătrunde spre spate (fig. 21), personajul din dreapta".

Două ansambluri de 24 de canale înconjurate de un cerc de 500 de canale mici se găsesc atât la nivelul ombilicului (având funcţia de a produce şi a menţine agregatul corporal), cât şi la nivelul organelor genitale (responsabile de fecunditate) (fig. 22).

Canalele de legătură ('brel-ba'i rtsa)

/2V4/ „*Ro-ma, rkyang-ma* şi canalele de legătură sunt în principal de două feluri, albe şi negre, din cauza elementelor albe şi negre care circulă în profunzime. Vasul vital negru este introdus prin *ro-ma* pornind de la vasul hepatic care este punctul de plecare a tuturor ramificaţiilor vaselor sanguine (*khrag-rtsa*). Se numeşte „vas vital" (*srog-rtsa*) deoarece permite creşterea cărnii şi a sângelui. De culoare neagră, umplut numai cu sânge, are calibrul unei săgeţi mijlocii de

[1] *Kun-gzhi rnam-shes, ālayavijñana*: un fel de inconştient colectiv şi individual.

[2] *Nyon-mongs-pa'i yid*: gândire punctând marca impurităţilor inerente şi a celor dobândite reprezintă un obstacol pentru eliberare. Anumite şcoli o asociază celor 6 percepţii senzoriale şi conştiinţei-receptacul.

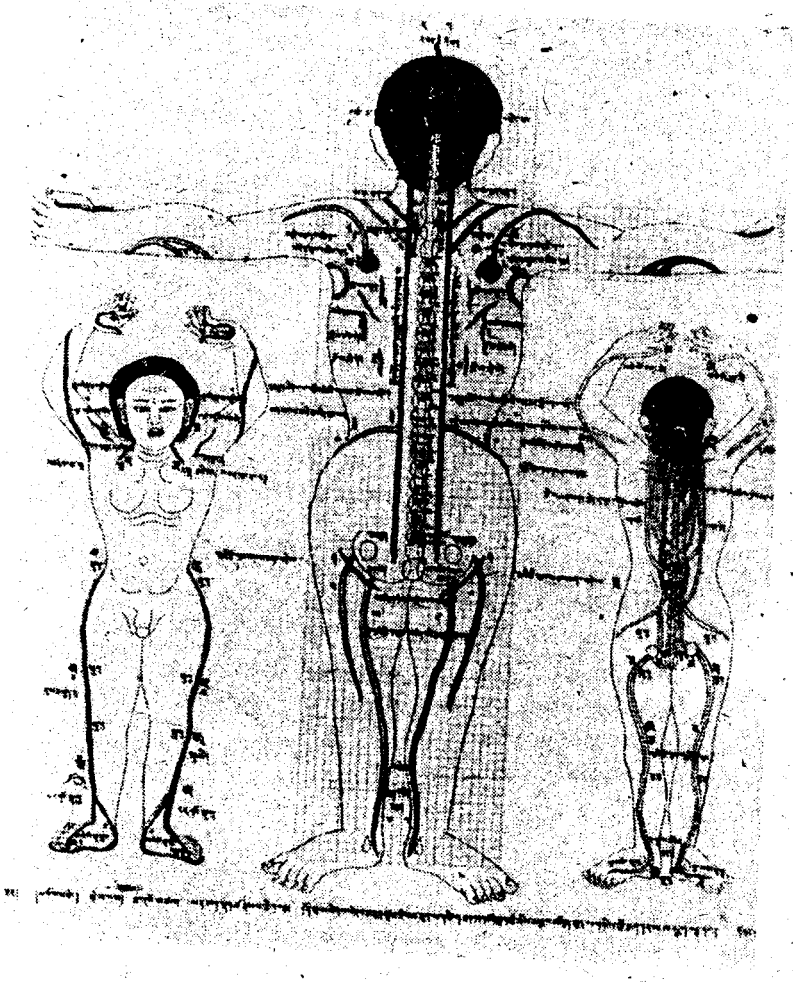


Fig. 24. Dispunerea canalelor. Personajele din dreapta şi stânga sunt reprezentate cu nervi (*chu-rtsa*).

bambus. Se aseamănă unui trunchi alăturat coloanei vertebrale (*sgal-ba'i nang-gzhung*) între *ske-stong* (cavitate sub-sternală?) şi a 13-a vertebră.
Plecând de-aici, cele 24 de vase din care cresc carnea şi sângele se bifurcă în sus, asemeni ramurilor, către membrele inferioare, membrele superioare şi gât. În plus, opt mari vase ascunse fac legătura în profunzime între vasul vital negru, organele pline şi cavităţi:
. un vas de conexiune pentru inimă şi două pentru plămâni la nivelul celei de a 3-a vertebre.
. un vas de legătură pentru ficat la nivelul celei de a 9-a vertebre.
. un vas de legătură pentru splină, la nivelul celei de a 11-a vertebre.
. un vas de legătură pentru organul *bsam-se'u* la nivelul celei de a 13-a vertebre.
. două vase de legătură pentru rinichiul drept şi cel stâng la nivelul celei de a 14-a vertebre[1].
Dat fiind că aceste vase nu sunt vizibile în exteriorul corpului, ele se numesc <ca şi ascunse>...
De asemenea, 16 vase vizibile leagă suprafaţa de prelungiri (cap şi membre):
. două *rtse-nag*, extremităţile vasului vital.
. două vase (ale) somnului, pornind de la inimă (*snying nad rgyud-pa'i gnyind-log*).
. două vase asemănătoare şi legate de ficat (*mchin-pa dang 'brel rtse'dra*).
. un vas mare, ramură a vasului vital, pentru fiecare dintre cele patru membre.
. un vas pulsatil (*'phar-rtsa*) legat de inimă, pentru fiecare dintre cele patru membre.
. două vase pulsatile la nivelul organelor genitale...

[1] De fapt, vertebrele sunt numerotate de sus în jos, începând cu apofiza spinoasă a celei de-a şaptea cervicale cu ajutorul căreia se repereză prima, numită *an-stong*. Partea de dedesubt se numeşte pur şi simplu „gât" (*ske*).

Dintre cele 16 vase vizibile şi 8 vase profunde se separă 77 de vase din care doctorul poate lua sânge".
Mai există 112 puncte majore (*gnad*) ale vaselor „vulnerabile", în cazul cărora recoltarea de sânge ar fi fatală, şi numeroase vase din ce în ce mai fine.

Canalele albe de legătură

/2V4/ „Creierul care a fost indus de extremitatea superioară a *rkyang-ma* se aseamănă cu un ocean ale cărui ieşiri sunt canalele albe[1]. Plecând de aici, măduva spinării (*rtsa brgyungs-pa*) înaintează spre bază asemeni unei rădăcini. Acest canal vital alb (*srog-rtsa dkar-po*) este cel mai important. El are diametrul apropiat de cel al unei săgeţi de bambus şi este de culoare albă, fiind umplut cu o substanţă de natură apoasă.
El parcurge întreaga coloană vertebrală (*sgal-tshigs*), asemeni unei rădăcini crescute din creier. Pe parcurs devine din ce în ce mai subţire şi se termină la nivelul lui *gzhug-gu chung* (sacrum şi coccis). Deoarece este la originea tuturor canalelor albe (nervii), iar atingerea sa este foarte periculoasă, el se numeşte canal vital. În mare, există 19 nervi a căror funcţie este de a întreţine şi dezvolta elementul apă (în interiorul corpului)".
Dintre cei 19 „nervi", 13 sunt ai organelor profunde iar 6, vizibili, fac legătura între suprafaţa şi „prelungirile" corpului: capul şi membrele.
Cei şase nervi vizibili sunt:
. doi nervi „cavitari" (*sbu-gu can*) (la membrele inferioare).
. doi nervi „paralizanţi" (*'j'a byed*) (care reprezintă fiecare o ramură pentru cele două membre superioare).

[1] În China creierul este considerat un ocean de măduvă osoasă (*souei-hai*) (Huard P., 1978, pag. 116).

. doi nervi „giuvaier" (*ratnâ*) (ai membrelor superioare).

Fără îndoială că la personajul din stânga, în figura 24, acești „nervi" sunt reprezentați astfel: 16 nervi mici se separă din cei 6 nervi vizibili la suprafață.

Canalele vieții (tshe yi rtsa)

/2V4/ „(Aici) se aplică termenul *rtsa* (canal) al vieții (*tshe 'am srog*) care străbate anumite părți ale corpului uman".

Așadar, nu este vorba despre canale cu realitate anatomică, ci mai degrabă despre căi ale vieții în trup.

/2T4/ „La Om, circuitele vieții sunt de trei feluri:

Unul parcurge străbătând deopotrivă capul și corpul.

Altul însoțește suflul.

Al treilea, asemănător sufletului (*bla*), este rătăcitor".

În legătură cu al treilea, comentariul precizează:

/2V4/ „El se aseamănă cu ceea ce numim de obicei *bla 'khyams-pa* (suflet rătăcitor), (deoarece) acest circuit al vieții (de fapt, sufletul) traversează fără oprire interstițiile tendoanelor mâinii și iese în exterior".

Am dezvoltat acest capitol de anatomie deoarece el ilustrează deosebit de bine integrarea datelor de observație în sistemul mai vast al speculațiilor teoretice.

De fapt, vasele sangvine calde, roșii sau negre și uneori pulsatile, ca și „canalele albe" (nervi și tendoane) se oferă privirii doctorului atât la suprafața corpului viu, cât și în interiorul cadavrului. Să nu uităm că în Tibet cadavrele erau desfăcute în bucăți pentru a fi date ca hrană păsărilor de pradă. Observația era deci posibilă (mai puțin în ceea ce privește disecția). Mai mult, doctorul trebuia neapărat să cunoască traiectoria vaselor superficiale pentru a putea lua sânge și pentru a evita „punctele vulnerabile".

Dar aceste „realități" anatomice sunt atașate unui sistem de speculații care depășește cu mult domeniul medical. Ar trebui găsit mijlocul care ar permite să de a atașăm celor trei umori ale medicinei indiene și anatomiei „realiste" teoriile budiste și anatomia tantra.

Cele trei umori:

— bila : umoare caldă

— flegma : umoare rece.

— pneuma : umoare neutră.

Anatomia realistă :

— canale roșii și calde: venele și arterele pulsatile.

— canale albe și reci: nervii și tendoanele.

Teoria budistă a celor trei otrăvuri morale:

— agresivitatea, la originea bilei.

— obscuritatea mentală, la originea flegmei.

— dorința, la originea pneumei.

Anatomia tantra:

— existența cakrelor la nivelul organelor genitale, ombilicului, inimii, gâtului și al creștetului capului (sinciput);

— existența celor trei canale principale:

. *ro-ma* în dreapta, în corespondență cu principiul cald și cu soarele.

. *rkyang-ma* în stânga, în corespondență cu principiul rece și cu luna.

. *dbu-ma* în centru, având o natură neutră.

Pentru a explica geneza celor trei umori, trebuie avut în vedere că acestea, sunt asociate prin natura lor cu *ro-ma* pentru bilă, *rkyang-ma* pentru flegmă și *dbu-ma* pentru pneumă. În plus, teoria celor trei otrăvuri va indica pentru bilă mijlocul corpului „de unde ia naștere furia", creierul unde „își are sediul obscuritatea mentală", pentru flegmă și organele genitale „de unde vine dorința" pentru pneumă. Astfel, *ro-ma*, în mijlocul corpului, va induce formarea vasului vital negru, sediu al sângelui și cauza ajutătoare în geneza bilei; *rkyang-ma*, în cap, va induce formarea creierului, cauza ajutătoare în geneza flegmei; iar *dbu-ma* va induce la nivelul pelvisului formarea organelor genitale, cauza ajutătoare în geneza pneumei.

În medicina indiană, cele trei umori aveau locuri preferențiale și etajate: bila — între stomac și intestin, pneuma în pelvis și flegma în stomac (*Suśruta Sūt.* 21). În medicina tibetană numai sediul flegmei a trebuit deplasat (în creier) pentru a fi conform teoriei budiste a celor trei otrăvuri. Vom vedea în continuare, în capitolul despre fiziologie, cum, conform învățăturilor ayurvedice, flegma va reajunge în cavitatea gastrică.

În ceea ce privește canalele, vasele sangvine negre și calde se vor atașa la *ro-ma* prin intermediul vasului vital negru. De asemenea, canalele albe și reci (*chu-rtsa*: nervi și tendoane) trebuiau să fie atașate lui *rkyang-ma* prin intermediul creierului. În sfârșit, problema vaselor pulsatile conținând sânge și pneumă în amestec va fi rezolvată prin întâlnirea canalelor *ro-ma* (principiul focului — sânge) și *dbu-ma* (principiul vântului) la rădăcina inimii.

Toată teoria anatomică a acestui capitol este, după cunoștințele noastre, proprie medicinei tibetane.

> /2V4/ „Căile de diferite calibre prin care circulă pneuma, sângele, chintesențele și toate excrementele, fiind în legătură cu întregul corpului, la suprafață și în profunzime, dezvoltă și conservă organismul. De aceea, ele se aseamănă cu <rădăcinile> (*rtsa*) corpului și în special cu rădăcinile existenței și vieții. De aceea se numesc *rtsa* (rădăcină/canal)".

Punctele vulnerabile (gnyan-pa'i gnad)

/2T4/ „Sunt numite <puncte majore> deoarece este greu să le readuci la viață".

Aceste puncte sunt repartizate în 7 grupe, în funcție de localizare: tendoane și ligamente, organe pline, cavități, vase, carne, țesuturi adipoase și oase.

Rănite de o armă, punctele majore ale cărnii se tumefiază, iar punctele osoase devin dureroase. Rănirea punctelor de pe tendoane și ligamente (inclusiv anumite trunchiuri nervoase) provoacă paralizia. Rănirea punctelor majore ale vaselor, țesutului adipos, organelor pline și ale cavităților provoacă moartea.

Există în total 302 puncte majore.

Aceste puncte „vulnerabile" corespund cu *marman* din medicina ayurvedică. *Suśruta Sā.* 6 denumește 107 dintre ele, fiind împărțite în cinci categorii în funcție de intensitatea durerii provocate prin rănire. Cunoașterea acestor puncte vulnerabile (*marman*) ar trebui să-l ajute pe chirurgul indian să evite lezarea structurilor vitale. Numărul de puncte și repartiția lor pe corp nu sunt identice în *Rgyud-bzhi* și în *Suśrutasaṃhitā*.

Luminile căilor de trecere (rgyu-lan bu-ga)

Se disting „căi de trecere" profunde și superficiale.

— Căile de trecere profunde sunt în număr de 13:

Canalul *dbu-ma* și ramurile sale prin care circulă „pneuma marii vitalități" (*srog chen-po'i rlung*).

/2V4/ „7 lumini de trecere *rgyu-ba'i bu-ga* ale țesuturilor corporale (*lus-zungs*):

Din stomac spre ficat: lumina de trecere a chintesenței hranei.

De la ficat spre carne: lumina de trecere a sângelui.

De la sânge către țesutul adipos: lumina de trecere a țesutului adipos.

De la țesutul adipos la măduvă: lumina de trecere a oaselor.

De la oase până la sucurile alb și roșu: lumina de trecere a măduvei.

De la măduvă la organul *bsam-se'u*: lumina de trecere a sucurilor alb și roșu.

(Rolul celor 7 căi de trecere va fi evidențiat în capitolul de fiziologie).

3 căi de trecere ale excrementelor (*dri-ma'i rgyu-srang*):
De la stomac până în rect (*gzhang nag-po*), cale de trecere a fecalelor.
De la stomac până la hipogastru (*chu-so*): cale de trecere a urinei.
Orificiile porilor cutanați: cale de trecere a sudorii.
În regiunea sud-claviculară (*nam-tshong*): căile de trecere ale apei și mâncării separate".

— Căile superficiale de trecere sunt cele 7 orificii ale capului și cele 2 ale perineului: în plus, la femeie există și intrarea în uter (*mngal-sgo*) și cele două mameloane.

Aceste „căi de trecere" joacă un rol important în formarea țesuturilor corporale, a reziduurilor etc. Ele intervin în felul următor în geneza bolilor:

/2V4/ „În cazul unei alimentații sau al unui mod de viață contraindicate pentru un anumit individ (*nad-gzhi*) ca, de exemplu, o alimentație și un mod de viață ușuratic, lacom și rece, în cazul unei persoane care are o predispoziție naturală spre pneumă, aceasta crește și mai mult, flegma și bila fiind la rândul lor tulburate. Agresiunea patogenă pe care dezechilibrul umorilor o exercită la nivelul căilor de trecere ale canalelor (*bu-ga'i rgyu-lam*) determină apariția a diferite boli. De ce? Pentru că în cazul degradării căilor de trecere ale canalelor (ca efect al dezechilibrului umorilor), țesuturile corporale: esența hranei etc. și cele trei reziduuri se formează în exces ori sunt blocate ori iau căi greșite".

Aceste „lumini ale căilor de trecere" sunt echivalentul *srota* descrise în medicina ayurvedică. Vezi *Suśrutā Sā.9.*

Fiziologia

Se disting :

„Structurile expuse agresiunii patogene" (*gnod-bya khams*):țesuturi corporale și reziduuri.

„Elementele care stau la originea agresiunii patogene" (*gnod-byed nyes-pa*): cele trei umori.

Structurile expuse agresiunii patogene

Cele 7 țesuturi corporale (*lus-zungs*)[1] sunt: chintesența hranei (chilul), sângele, carnea, țesutul adipos, oasele, măduva și sucul (*khu-ba*: sperma și sângele menstrual).

Excrementele (*dri-ma*: lit. reziduuri)[2] sunt: fecalele, urina, sudoarea, unghiile, părul etc, Fiecare țesut corporal și fiecare funcție de excreție are un anumit rol în organism:

/2T5/ „Chilul dezvoltă structurile expuse agresiunii patogene. Sângele umezește și dă viață. Carnea acoperă. Țesutul adipos conferă onctuozitate iar oasele susțin. Măduva dă naștere sucului. Sucul permite fecundația...".

Căldura arzătoare (me-drod)[3]

/2V5/ „Termenul de căldură arzătoare se aplică pentru tot ceea ce este la baza digestiei hranei solide sau lichide. În plus, el desemnează prima din cele cinci varietăți de bilă, pe cea numită digestivă (*'ju-byed*). Astfel, ea nu este numai elementul major al tuturor căldurilor arzătoare digestive, ci și partea de căldură proprie fiecărei umori, țesut corporal și excrement".

---

[1] Acestea corespund cu *dhātu* indiene.
[2] Acestea corespund cu *mala* indiene.
[3] Echivalent al *agni* ayurvedice.

Această „căldură arzătoare" al cărei sediu este stomacul „intră în partea digerată și nedigerată a hranei" jucând un rol important în digestie și în excreție. Prin ea „se elimină reziduurile digestiei și se împiedică eliminarea alimentelor nedigerate". Dacă această căldură este slabă, hrana nu poate fi digerată și rămâne „crudă". În acest caz va fi eliminată sub formă de diaree. Dacă evacuarea pe la bază este împiedicată („așa cum trecerea printr-o ușă poate fi împiedicată de un zăvor prost" /2V5/), conținutul stomacului stagnează și este vomitat.

„Căldura arzătoare" face digestia alimentelor în felul următor:

/2T5/ „Pneuma vitală (*srog gi rlung*) introduce alimentele solide și lichide în stomac. Lichidele dezagregă (bolul alimentar), iar grăsimile îl subțiază. Pneuma însoțită de foc (*me-mnyam-rlung*) stimulează bila digestivă și (bolul alimentar este) înghițit în stomac asemeni unui preparat medical. La început flegma Care sfărâmă *(myag-byed)* macină ceea ce a fost înghițit: cele 6 gusturi, solidele și lichidele. (Acest bol alimentar) devine zaharos (și) moale. În timp ce cantitatea de flegmă crește (deoarece spuma este în directă proporționalitate cu cantitatea flegmei). În timpul (procesului de digestie), bila digestivă este cea care acționează. Căldura, având aspectul focului, provoacă aciditatea (bolului alimentar), iar bila crește. În cele din urmă, pneuma Însoțită de foc separă chintesența de reziduuri. Gustul devenind amar, pneuma crește. Datorită calităților hranei care conține cele cinci elemente (din care este constituit corpul) acestea din urmă cresc".

Reziduurile acestui proces de digestie vor fi în final separate într-o parte solidă și una lichidă.

/2V5/ „Partea solidă se va transforma în fecale după trecerea prin intestinul negru (*rgyu-ma nag-po*). Partea lichidă trece prin canalul *rgyu-khrog* sau *gnye-ma* pornind de la colon și se transformă în urină în momentul în care ajunge în vezică".

Modul de formare a țesuturilor corporale și a excrementelor

Țesuturile corporale se formează printr-un lanț metabolic începând cu chilul și ajungând până la sucuri (sperma și sângele menstrual). Fiecare element ia naștere dintr-o chintesență elaborată în țesutul imediat anterior în acest lanț (fig. 25).

/2V5/ „Pe tot parcursul acestui lanț al celor 7 chintesențe, maturizarea are loc sub acțiunea căldurii arzătoare proprii fiecărui țesut corporal. Nu vom vorbi aici decât despre căldura arzătoare în procesul maturizării, care reprezintă esențialul. De fapt, cele trei feluri de activitate sunt: sfărâmarea, digestia și separarea chintesențelor de reziduuri, acestea fiind îndeplinite de flegmă, bilă și pneumă; fiecare activitate există la nivelul oricărui țesut corporal".

Chilul, care este chintesența (*dangs-ma*) hranei, trece prin cele 9 canale Care adună chintesența. Aceste vase fac legătura între stomac și ficat, unde chilul va fi transformat în sânge. Am văzut în capitolul consacrat anatomiei legăturile strânse care există între vasul vital negru (originea vaselor sanguine) și ramura colaterală a canalului *ro-ma* care induce formarea sa la nivelul ficatului după ce s-a reunit în vasul Care adună chintesența.

La originea țesuturilor corporale și a excrementelor se află transformări metabolice complexe. Nici măcar *Vaiḍūrya sngon-po* nu este foarte explicită în privința acestui subiect. Se pare totuși că putem propune următoarea ipoteză: chintesența născută din țesutul anterior în lanțul metabolic joacă rolul de precursor la nivelul fiecărui țesut corporal. Cele trei feluri de activitate, „sfărâmarea", „digestia" și „separarea chintesențelor de reziduuri", îndeplinite de flegmă, bilă și pneumă, reprezintă metabolismul fiecărui țesut. Acesta va sfârși prin transformarea precedentului într-un constituent tisular care, la rândul său se împarte într-un reziduu și o chintesență precursoare a țesutului următor.

Chintesența hranei se transformă și ea în chil matur care lasă în urma lui un reziduu: flegma Care sfărâmă și eliberează o

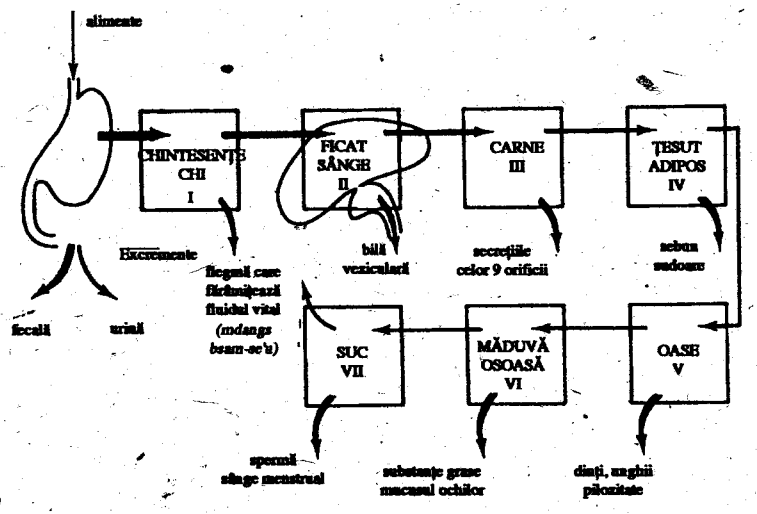


Fig. 25. Formarea celor 7 țesuturi corporale *(lus-zungs)*, a reziduurilor sau excrementelor *(dri-ma)*.

chintesență. Chintesența sângelui se transformă în carne, care lasă în urma ei ca reziduu „secrețiile celor 9 orificii" (ochi, urechi,...) și eliberează o chintesență. Aceasta se transformă în țesut adipos. Reziduurile țesutului adipos sunt sebumul și sudoarea. Chintesența acestuia se transformă în țesut osos. Reziduurile acestuia sunt dinții, unghiile și părul. Chintesența oaselor se transformă în măduvă, care lasă în urma sa reziduuri din substanțele grase ale corpului și mucusul care se depune la coada ochiului. Chintesența măduvei se transformă în „suc" (*khu-ba*), a cărui parte subtilă este „fluidul de vitalitate" (*mdangs*)[1], în timp ce sămânța (sperma și sângele menstrual) este reziduul.

Deși acest fluid de vitalitate își are sediul în inimă, „potențialitatea sa" (*nus-pa*) impregnează întregul corp.

[1] Corespunde cu ojas din medicina ayurvedică.

/2T5/ „El asigură longevitatea și conferă o bună constituție fizică și strălucire".

Teoria precedentă este aceeași și în medicina indiană clasică. Vezi *Suśruta* Sū. 14 și *Caraka* Ci. 15.

„Elementele care stau la originea agresiunii patogene" (gnod byed nyes-pa)

/2V5/ „Dacă selectăm esențialul din analiza de teren a bolilor (*nad-gzhi*), găsim trei factori patogeni: pneuma, bila și flegma. Cauza lor primară (*rgyu*) este provocată de factorii: dorință, agresivitate și obscuritate mentală; la fel și natura lor: neutră (pneuma), caldă (bila) și rece (flegma). Lor li se atașează trei comparații: cu un martor (pneuma este indiferentă și ambivalentă), cu un agresor (bila este elementul activ) și cu un agresat (flegma este pasivă). Ele au trei consecințe: dezechilibrul patologic al pneumei, al bilei și al flegmei. În sfârșit, li se opun trei lucruri: medicamentele pe bază de elemente pământoase, (pentru pneumă), elementul apă (pentru bilă) și elementul foc (pentru flegmă)".

Dacă acestor trei umori nu li se „modifică" *(lrnam-par ma gyur-ba)* locul sau cantitatea, ele participă la menținerea stării de sănătate. Dar, dacă acestea sunt modificate, umorile au o activitate patologică atât în cazul țesuturilor corporale cât și în cazul excrementelor. Aceste umori sunt, așadar, deopotrivă elemente fiziologice ale corpului, indispensabile existenței sale cât și puternice elemente patogene. Termenul tibetan care desemnează atât starea lor normală cât și pe cea patologică este *nad* (lit.: boală). În medicina ayurvedică cele trei umori se numesc *dhātu* (elemente) în starea normală. Datorită puterilor patogene ele se mai numesc și *doṣa* (neplăcere).

/2V5/ „Deşi umorile, în circulaţie, impregnează întregul corp, sediul principal al pneumei este sub ombilic, cel al bilei între ombilic şi inimă, iar cel al flegmei deasupra inimii".

Fiecare umoare are funcţia ei:

— Pneuma provoacă inspiraţia şi expiraţia suflului (*dbugs*). Ea se deplasează spre locul de acţiune al celorlalte umori. Ea permite activitatea corpului, cuvântului şi spiritului şi asigură evacuarea fecalelor, urinei şi a mucozităţilor, provoacă circulaţia la nivelul canalelor (*bu-ga*) proprii fiecărui ţesut corporal. În sfârşit, clarifică organele de simţ şi „are grijă de trup" (*lus rjes 'dzin-par byed*).

— Bila stimulează apetitul, provoacă digestia şi dă căldura corporală (*lus drod*). Ea clarifică constituţia fizică şi conferă curajul şi acurateţea intelectuală (*blo ldan*).

— Flegma „susţine" corpul şi îi asigură somnul. Este responsabilă de articulaţii şi conferă răbdare. Face corpul mătăsos şi moale.

Fiecare din aceste trei umori este la rândul ei subdivizată în cinci părţi care au activităţi specializate. Astfel, pneuma, de exemplu, este subdivizată în:

— Pneuma Care menţine viaţa (*srog-'dzin rlung*): îşi are locul la nivelul creştetului şi circulă în partea anterioară gâtului şi în regiunea mediană a toracelui. Provoacă atât deglutiţia alimentelor, cât şi inspiraţia, expectoraţia salivei, strănutul şi eructaţia. În sfârşit, clarifică organele de simţ şi intelectul şi permite concentrarea.

— Pneuma Care urcă (*gyen du rgyu-ba'i rlung*): îşi are sediul în special în torace şi circulă în nas, limbă şi interiorul gâtului. Permite fonaţia, conferă forţă fizică şi strălucire, stimulează eforturile şi clarifică memoria.

— Pneuma Care pătrunde (*khyab-byed rlung*): îşi are sediul în special în inimă, dar circulă în întregul corp. „Ridicând şi relaxând membrele", permite mersul. Provoacă deschiderea şi închiderea ochilor. „Pe scurt, activitatea corpului, cuvântului şi spiritului depinde în mod esenţial de această pneumă" /2V5/.

— Pneuma Însoţită de foc (*me dang mnyam-pa'i rlung*): îşi are locul în special în stomac, dar circulă în tot ansamblul

viscerelor. Permite digestia alimentelor, separă chintesenţa de reziduuri şi provoacă maturizarea ţesuturilor corporale şi eliminarea excrementelor.

— Pneuma Care evacuează spre bază (*thur du sel-ba'i rlung*): îşi are sediul mai ales în rect şi circulă în colon, vezică, organele genitale şi în coapse. Permite evacuarea spermei, sângelui menstrual, sărurilor, urinei şi a foetusului în anumite momente, după ce a exercitat o funcţie de reţinere permanentă.

Fiecare umoare are calităţile ei proprii (*mtshan-nyid*):

— Pneuma poate fi aspră (*rtsub*), uşoară (*yang-ba*), rece, subtilă (*phra*), fermă (*sra*) şi mobilă.

— Bila este onctuoasă (*snum*), incisivă (*rno*), caldă, uşoară, fetidă, purgativă şi hidratantă.

— Flegma este onctuoasă, rece, grea, moale (*rtul*), onctuoasă, stabilă şi lipicioasă.

Uşoara predominare a uneia dintre umori la limita variaţiilor fiziologice determină diferitele „temperamente individuale" (*rang-bzhin*) care sunt tot atâtea zone propice unei forme sau alta de dezechilibru.

Astfel, oamenii cu temperament biliar „sunt înfometaţi şi însetaţi. Au părul şi pielea galbene, sunt pătrunzători şi orgolioşi. Transpiră abundent şi au un miros puternic. Durata vieţii, bogăţia şi statura sunt medii. Le plac gusturile dulci, amare, astringente şi alimentele proaspete..." /2T6/.

Trăsăturile acestui temperament corespund, de fapt, calităţilor bilei care aici este predominantă.

Aceste indicaţii demonstrează că cele trei umori reprezintă mai degrabă funcţii decât substraturi. Traducerea prin „bilă" sau „flegmă" este, aşadar, neadecvată, neexprimând decât un aspect al naturii lor polimorfe: bila veziculară şi flegma gastrică. Am preferat să traducem *rlung* (lit.: *vânt*) prin pneumă, mai degrabă decât prin suflu, pentru a nu da naştere confuziei cu suflul respiratoriu (*dbugs*). Astfel, evităm să vorbim despre „dezechilibrul suflului", expresie care ar putea sugera dispneea.

Pe scurt:

Pneuma (*rlung*, sanscrită: *vāyu*) asigură corpului funcția cinetică și motrice pe care vântul o asigură universului.

Bila (*mkhris-pa*, sanscrită: *pitta*) este puternic asociată cu sângele și căldura corporală. Reprezintă focul organic și este în mod esențial activă.

Flegma (*bad-kan*, sanscrită: *kapha)* este elementul apos asociat serurilor corporale. Are o natură pasivă și îndeplinește funcția de susținere.

Teoria umorilor expusă în *Rgyud-bzhi* corespunde în mare parte celei din medicina ayurvedică. Vezi *Suśruta* Sū. 21, 35, 46 și Ni, 1, 4; de asemenea, *Caraka* Sū. 20 și Vi. 8.

Fiziopatologia

Distingem cauzele primare și cauzele ajutătoare ale bolilor: Cauzele primare (*rgyu*) se împart în cauze îndepărtate și cauze apropiate.

Cauzele primare îndepărtate

Acestea sunt cauze particulare, expresie a unei cauze generale unice. Această cauză generală este Ignoranța (*avidyā*), care împiedică Iluminarea.

> /2V8/ „Chiar dacă ființele vii sunt uneori perfect sănătoase, atât fizic cât și spiritual și se bucură plenar, ele nu se pot elibera nici de umori, nici de dorință, de agresivitate sau de obscuritatea mentală, din cauza Ignoranței care definește natura lor. De aceea suferința ia naștere imediat ce apar cauzele declanșatoare".

Cauzele îndepărtate particulare sunt cele trei otrăvuri morale: dorința, agresivitatea și obscuritatea mentală care dau naștere celor trei agenți patogeni: pneuma, bila și flegma.

Cauzele primare apropiate ale bolilor

Acestea sunt cele trei umori:

> /2T8/ „În echilibru, ele vor fi cauzele bolilor viitoare. În dezechilibru, (ele) sunt însăși natura bolilor...
>
> Dezechilibrul bilei provoacă arderea țesuturilor corporale. Fiind de natură arzătoare, chiar dacă în caz de febră bila își are locul în partea inferioară a trunchiului, ea arde și partea superioară. Toate febrele iau naștere din bilă.
>
> Dezechilibrul flegmei distruge căldura arzătoare a corpului. Pământul și apa fiind natura flegmei (care este grea și rece), aceasta coboară în partea inferioară (a trunchiului), chiar dacă locul ei este sus.
>
> Toate bolile reci iau naștere din flegmă. Pneuma intervine în cele două dezechilibre — rece și cald. Împreună cu soarele (bila), favorizează arderea și împreună cu luna flegma, favorizează recele. Circulă penetrând întreg ansamblul corpului, sus și jos, la suprafață și în profunzime. Produce și amplifică toate dezechilibrele patogene".

Cauzele ajutătoare sau declanșatoare (*rkyen*) sunt „ocazii de producere" (*nidāna*) în care intervin alimentația, modul de viață, anotimpul, habitatul etc.

Conform capitolului 9 al Tratatului Explicativ (2T), modificările prezentate de umori sub acțiunea cauzelor ajutătoare sunt de trei feluri: acumularea, erecția și calmarea.

Acumularea (gsod):

> /2V9/ „Sub efectul hranei, al modului de viață, locului, anotimpului... forța umorilor crește progresiv și se acumulează în propriul ei sediu... (Umoarea) fiind ușor dezechilibrată (*'khrugs*) și agitată *(gyo-ba*) pleacă în căutarea proprietăților care-i sunt antagoniste[1]. Astfel, atunci când pneuma acumulată în propriul ei sediu se amplifică, sunt căutate calitățile antagoniste ei (ca onctuozitatea)".

Erecția (ldang):

[1] Printr-o formă de autoreglare.

/2V9/ „(Acesta este) momentul în care, sub acțiunea hranei, a modului de viață, anotimpului sau locului, (umoarea) acumulată în propriul sediu devine patologică pătrunzând într-un nou loc, pe o cale anormală, având în vedere localizarea ei fiziologică. Astfel simptomele proprii umorii se manifestă evident la nivelul pulsului, urinei și prin suferință *(phyi-yui)*".

Calmarea (zhi)

/2V9/ „Atunci când umorile s-au ridicat — crescând, diminuându-se sau dezechilibrându-se — ele pot fi calmate cu ajutorul dieteticii, modului de viață, terapeuticii (*sman dpyad*), habitatului, anotimpului etc.; atunci când se mențin în echilibru în cantitate fiziologică la nivelul propriului sediu, nemaiexistând nici o boală, are loc calmarea".

Pentru a descrie ce se află la originea acestor trei tipuri de modificări să luăm exemplul pneumei:

/2V9/ „Anumite medicamente și anumite alimente care au următoarele calități: asprime, greutate mică, subtilitate, fermitate, mobilitate și ariditate (*skya-ba*), asociate cu căldura, provoacă acumularea pneumei în profunzime. Având în special calități (*yon-tan*) corespunzătoare caracterelor (*mtshan-nyid*) pneumei, aceste cauze provoacă acumularea locală. Deși prezența căldurii nu poate împiedica acumularea pneumei, creșterea acesteia este împiedicată. Dar, în asociere cu recele, pneuma astfel acumulată crește sub efectul arderii a ceea ce este aspru etc. (calitățile precedente). Atunci când pneuma a crescut, nu numai sub efectul calităților corespunzătoare propriilor lor caractere, dar și sub acțiunea focului și absenței altor antagoniste represive (*gnyen-po*), ea este calmată cu ajutorul alimentației și a medicamentelor cu următoarele calități: căldura, greutate mare, masivitate, catifelare și stabilitate".

Calitățile corespunzătoare determină creșterea umorilor, în timp ce calitățile opuse, scăderea lor. Această lege permite înțelegerea genezei bolilor și explicarea acțiunii tratamentului. Ea

ține seama și de variațiile de anotimp ale umorilor și de apariția unui anumit dezechilibru într-un anumit moment al anului.

/2V9/ „În timpul sezonului cald, locuirea într-o zonă ușoară și aspră care concordă cu caracteristicile pneumei, și folosirea simultană a unei alimentații și a unui mod de viață ușoare, aspre, aride și instabile de către persoane cu temperament bogat în pneumă — toate aceste cauze provoacă acumularea pneumei. Asprimea locului este de natură să crească (pneuma). Deși în acest anotimp căldura, în discordanță cu calitățile pneumei, nu poate împiedica acumularea acesteia, evită totuși erecția. Ceea ce s-a acumulat în acest anotimp se înalță în sezonul ploilor sub efectul frigului datorat vântului și ploilor. Toamna, după oprirea ploilor și a vântului, pneuma scade sub efectul dezvoltării calităților care i se opun: onctuozitatea, căldura etc.".

La fel, pentru bilă și flegmă.

Calitățile opuse: cald și rece, ușor și greu, aspru și moale, subtil și masiv, mobil și stabil etc. privesc nu numai alimentația, modul de viață sau habitatul, ci se regăsesc și în domeniul psiho-afectiv. Trebuie, de exemplu, ca bolnavul care suferă de un dezechilibru al pneumei să evite să locuiască într-o regiune aspră

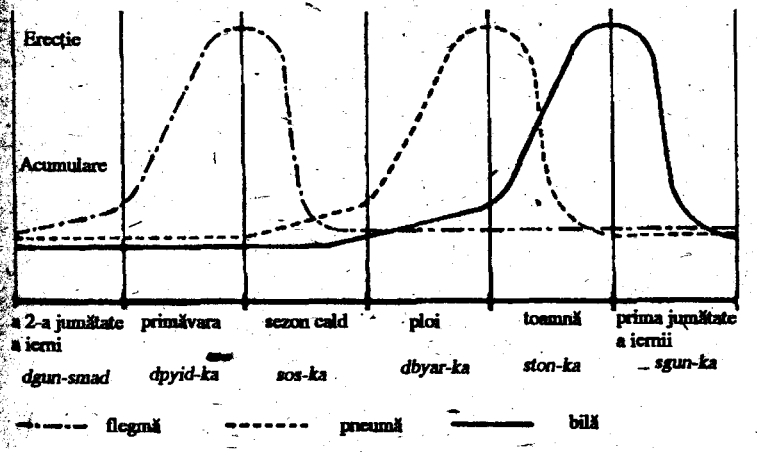


Fig. 26. Acumulare *(gsog)*, erecție *(ldang)*, calmare *(zhi)*, a celor trei umori pe parcursul celor șase anotimpuri

(*rtsub*), să se hrănească cu substanțe grosiere (*rtsub*) și să devină obiectul gesturilor sau vorbelor grosolane (*rtsub*). Din contră, el trebuie să caute un habitat blând (văi, câmpii), o hrană bogată, gesturi și cuvinte tandre.

Teoria medicală tibetană a împrumutat aceste elemente din medicina ayurvedică. De altfel, ea a păstrat cele 6 anotimpuri de 2 luni, existente în India, dar care nu există în Tibet, acesta având numai 4 anotimpuri.

În capitolul 9 al Tratatului Explicativ sunt prezentate distinct cauzele care le provoacă (lit.: „cauze ale ridicării", *slong-rkyen*) generale și specifice. Cauzele declanșatoare generale (ale bolilor) sunt: anotimpurile, acțiunile spiritelor rele (*gdon*), otrava, alimentația și modul de viață contraindicate, tratamentele greșite și consecințele acțiunilor trecute.

Există însă și cauze specifice fiecărei umori. Astfel:

/2T9/ „Cauzele declanșatoare care provoacă ridicarea dezechilibrelor pneumei sunt: folosirea excesivă a ceea ce este amar, ușor, aspru, ca și oboseala datorată exceselor sexuale; abstinența, lipsa somnului, o mare activitate fizică sau verbală pe stomacul gol, hemoragiile abundente, diareea și voma intensă, vântul rece, plânsul necontrolat, mâhnirea, activitatea mentală intensă, faptul de a vorbi prea mult, prelungirea unei alimentații sărace, represiunea (necesităților naturale) sau provocarea lor forțată".

Vom regăsi aceeași teorie în *Suśruta Sū. 21.*

Cauzele declanșatoare: anotimpul, alimentația, modul de viață... sunt comparate cu arcașii. Calitățile lor: aspru, moale, greu, ușor, se aseamănă cu săgețile pentru care cele trei umori: pneuma, bila, flegma sunt țintele.

Manifestările psihologice ale dezechilibrelor hormonale sunt explicate prin relația strânsă care unește țesuturile corporale — excrementele și umorile, „în felul a ceea ce este susținut și a ceea ce susține". Astfel:

/2V10/ „Pneuma are ca substrat oasele. Bila are ca substrat sângele și sudoarea. Flegma are ca substrat chilul, carnea, țesutul adipos, măduva, sucul (*khu-ba*), fecalele și urina".

Esența alimentelor ale căror calități corespund unei anumite umori este atrasă în mod special de suportul acelei umori[1]. Ea este, de asemenea, capabilă să facă rău fluxului „luminilor căilor de trecere" ale țesutului-suport. Din această cauză și sub influența unui mod de viață inadecvat, concomitent, umoarea se acumulează.

/2V20/ „Atunci când umorile acumulate cresc sub efectul contactului persistent sau reînnoit al unei cauze declanșatoare, ele pătrund în cele 6 căi și provoacă boli grele și simptomele respective (în funcție de umori și de localizare). Are loc în primul rând dispersia (*gram*) în piele și extensia (*rgyas*) în carne. Apoi urmează trecerea (*rgyud*) în canale și fixarea (*zhen-pa*) în oase. În continuare are loc coborârea (*'bab*) în cele cinci organe pline și căderea (*lhung*) în cele șase cavități".

După ce s-au angajat pe cele „6 căi", umorile patologice se fixează în anumite regiuni.

— Pneuma se localizează în intestin, în articulații, în oase, în piele și în ochi.

— Bila se localizează între ombilic și stomac, „la limita între ceea ce este și ceea ce nu este digerat", în sânge, sudoare, chil, serum, ochi și piele.

— Flegma se localizează în regiunea retro-sternală, interiorul gâtului, plămâni, cap, chil, carne, țesut adipos, măduvă, spermă, fecale, urină, organele olfactive și gustative și stomac.

La nivelul fiecărei localizări vor apare simptomele proprii acestora și acelea ale umorilor patogene. După *Susruta* Su. 24., umorile patogene provoacă bolile diferitelor părți ale corpului, obstrucționând căile de trecere.

Semiologia

În capitolul 11 din Tratatul Explicativ simptomele sunt raportate:

— La creșterea (*'phel*), diminuarea (*zad*) și „tulburarea" (*'khrugs*) umorilor.

[1] De exemplu, țesutul osos în cazul pneumei.

— La creşterea şi diminuarea ţesuturilor organismului şi a excrementelor.

Această clasificare necesită două observaţii:

— În cazul în care calităţile corespunzătoare unei umori îi pot creşte volumul dincolo de pragul ei fiziologic, se poate admite, de asemenea, că acele calităţi care i se opun pot să îi diminueze volumul. Dar cum putem, în acest caz, să ataşăm momentul negativ celor trei momente descrise anterior: acumularea, erecţia şi calmarea, singurele răspunsuri ale umorilor la cauzele declanşatoare? Se pare că aceste două teorii: acumulare-erecţie-calmare, respectiv creştere-diminuare, ambele la fel de satisfăcătoare, au fost reţinute deopotrivă, fără a se încerca concilierea lor. Numai un scurt fragment din *Vaiḍūrya sngon-po* face o asemenea trimitere: „După ce umorile ridicate: crescute, diminuate sau tulburate (*'khrugs*) au fost liniştite prin dietetică...". Procedeul este destul de stângaci; e greu de înţeles cum am putea vorbi despre acumulare şi apoi despre erecţie în cazul unei umori în diminuare.

— Termenul <tulburare> (*'khrugs*) ar desemna, de fapt, după *Vaiḍūrya sngon-po*, o <înfruntare reciprocă> (*phan-tshun 'khrugs-pa*). Această noţiune exprimă deci înfruntarea a două umori. Ori, după descrierea simptomelor creşterii şi diminuării umorilor, ţesuturilor corporale şi excrementelor, Tratatul Explicativ, cap. 11, continuă cu simptomele celor două umori în stare *'khrugs-pa*; se pune accentul pe simptomul pulsului şi al urinei, fără a se preciza elementele cu care are loc înfruntarea. Considerăm că, în realitate, termenul *'khrugs-pa* a fost introdus în mod artificial pentru a face faţă la două exigenţe:

. Pe de o parte, cea a cifrei trei, care se adaugă creşterii şi diminuării. Triadele apar, de altfel, foarte des în acest tratat: părţi superioare-medii-inferioare, părţi superficiale-medii-profunde, acumulare-erecţie-calmare, contact senzorial excesiv-insuficient-aberant (*log-pa*), tratament excesiv-insuficient-eronat etc.

. Pe de altă parte, cea a examenului pulsului şi al urinei. De fapt, aceste metode de diagnosticare sunt străine medicinei ayurvedice clasice, care a oferit teoria creşterii şi diminuării

umorilor. După cum vom vedea, pulsul şi urina dau informaţii asupra unei „boli" a pneumei, bilei sau flegmei, dar nu şi asupra sensului pozitiv sau negativ al acestui dezechilibru. Termenul *'khrugs* pare să fi permis ataşarea acestor două examene semiologice generale de origine indiană. A se vedea *Suśruta* Sū. 15 şi *Caraka* Su. 17).

Explicaţia pe care ne-a dat-o bătrânul profesor care preda *Rgyud-bzhi* la şcoala de medicină din Dharamsala demonstrează dificultăţile interpretării legate de acest sincretism: creşterea şi diminuarea umorilor n-ar fi, după el, adevărate boli, acestea nefiind datorate tulburărilor, iar termenul *zad* ar traduce descreşterea pornind de la o creştere prealabilă. Această interpretare este incompatibilă cu datele textului.

În sfârşit, trebuie să remarcăm că teoria umorilor crescute, diminuate sau tulburate nu intervine în terapeutică. Medicamentele „vindecă" „bolile" pneumei, bilei sau flegmei, dar în nici un caz nu fac să crească o umoare insuficientă. Totul se petrece ca si cum boala s-ar datora întotdeauna unui exces de umoare şi regăsim astfel teoria acumulării, erecţiei şi calmării. De altfel, terapeuticile sunt împărţite în „calmante" şi „evacuante", termenul care desemnează în mod obişnuit activitatea curativă a unui medicament asupra unei umori fiind *sel-ba* (ridicare, spălare, eliminare...).

Creşterea

Ne vom limita la câteva exemple.

— Creşterea pneumei are următoarele simptome: slăbirea, înnegrirea tenului, senzaţia de frig, tremurul, balonarea abdominală, constipaţia, logoreea, ameţeli, slăbirea musculaturii, insomnii şi scăderea acuităţii simţurilor.

— Creşterea bilei este însoţită de colorarea în galben a sărurilor şi a tegumentelor oculare, de foame, sete, febră, insomnie şi diaree.

— Creşterea flegmei se manifestă prin următoarele simptome: diminuarea căldurii corporale, digestia proastă, creştere în greutate,

ten palid, oboseală, relaxarea articulațiilor membrelor, salivație abundentă, expectorație abundentă, somnolență și dispnee[1].

— Simptomele creșterii chilului se aseamănă cu cele ale creșterii flegmei.

— Creșterea sângelui e însoțită de erizipel? (*me-dbal*), umflături interne (*khong-'bras*), boli ale splinei, lepră (*mdze*), tumori (*skran*), boli ale sângelui și ale bilei, icterul, conjunctivita, tumefierea gingiilor, rigiditate, înroșirea ochilor, a urinei și a pielii.

— Creșterea cărnii e însoțită de formarea unei gușe și de nodozități (*rmen-bu*) pe trup.

Diminuare

— Simptomele diminuării pneumei sunt următoarele: incapacitate de-a face eforturi, dificultăți de exprimare, o stare generală de slăbiciune, tulburări ale memoriei și simptomele creșterii flegmei.

— Diminuarea bilei este însoțită de scăderea căldurii corporale și de alterarea tenului, care se înnegrește.

— Diminuarea flegmei antrenează următoarele simptome: golirea sediilor ei obișnuite, palpitații și slăbiciunea articulațiilor.

— Diminuarea chilului produce slăbirea, disfagia, uscarea pielii și alergia la zgomote.

— În cazul diminuării sângelui, vasele sanguine devin flasce, pielea se usucă, devenind rece și omul simte nevoie de alimente picante.

— Diminuarea țesutului osos determină căderea părului, dinților și a unghiilor.

Tulburarea ('khrugs)

— Tulburarea pneumei: pulsul este vid (*srong*) și reținut (*rkyal*). Urina se aseamănă cu apa. Este limpede și rămâne fluidă după conservare.

[1] Toate aceste simptome exprimă, de fapt, exacerbarea activității fiziologice a umorilor respective.

La bolnav se observă: nevoia de a se mișca, suspine, instabilitate psihică și emoțională, acufene, limba uscată, roșie și aspră, un gust amar în gură, dureri ascuțite fulgerătoare, frisoane, insomnie, tremurături, iritabilitate, „deschidere" și sensibilitate la presiunea punctelor de pneumă (*rlung-gsang*) la suprafața corpului. Recrudescența simptomelor apare după-amiaza (*dgongs*) și după digestie (momentele corespunzătoare variației fiziologice a pneumei de-a lungul unei zile și creșterii acesteia după digestie).

— Tulburarea bilei: pulsul este „tensionat" (*rgyas*), fin (*phra*) și rapid (*mgyogs*). Urina are o tentă portocalie, un miros neplăcut, puternic și emite mulți vapori.

La bolnav se observă: cefalee, febră, gust acid sau amar în gură, limba încărcată, sclerotice portocalii, dureri localizate pătrunzătoare (spre deosebire de durerile pneumei, care sunt difuze), expectorații portocalii, diaree sau vomă cu sânge și bilă, culoarea portocalie a corpului... Recrudescența simptomelor apare la miezul zilei, miezul nopții și în timpul digestiei.

— Tulburarea flegmei: pulsul este înfundat (*byin*) și lent (*dal*). Urina este albicioasă, slab-mirositoare și cu puțini vapori.

La bolnav se observă: limba și gingiile palide, ochi albicioși și tumefiați, expectorații abundente, slăbire, căldură corporală mică, somnolență, lene... Recrudescența simptomelor are loc în timpul ploilor puternice, la crepuscul, dimineața și imediat după masă (înainte de digestie).

Simptomele unei umori „tulburate" le acoperă parțial pe cele care au fost descrise în cazul creșterii acesteia.

În cazul unui dezechilibru asociat (*ldan*) a două umori sau combinat (*'dus*) între trei, simptomele se amestecă în mod egal.

Nosologia

Aceasta se rezumă la sisteme de clasificare (*dbye-ba*), variabile în funcție de criteriile folosite; ele ajung la o adevărată numerotație.

Clasificarea bolilor în funcție de cauze

— Datorate „factorilor patogeni ai actualei vieți", ele iau naștere din întâlnirea între cauzele prime (cele trei umori) și cauzele declanșatoare (anotimpuri, neplăceri, alimentație, mod de viață). Se tratează cu medicamente, intervenții, dietetică și ritualuri de exorcism.

— Datorate „maturizării fructului actelor rele trecute", ele sunt severe și moartea este certă, chiar dacă nu s-a întâlnit o cauză primă cu una declanșatoare. Ele nu pot fi depășite decât prin cele zece practici virtuoase.

— Datorate factorilor patogeni din viața prezentă, asociați cu *karman*, aceste boli sunt grave, chiar în cazul în care cauzele prime și declanșatoare sunt minime. Terapeutica trebuie să asocieze medicina și practicile virtuoase.

Factorii patogeni din viața prezentă sunt de două feluri: endogeni (*rang-bzhin gnas*) — cele trei umori și exogeni (*phryi-rkyen*) — otrăvirile, armele și intervențiile spiritelor rele.

Clasificarea în funcție de pacient

Bolile pot fi proprii bărbaților, femeilor, bătrânilor, copiilor și comune.

Clasificarea bolilor comune în funcție de umori

Pentru fiecare umoare, bolile sunt clasificate, în linii mari, după familii (*rigs*) și după topografie. Pentru fiecare din cele cinci aspecte ale umorilor este stabilită câte o clasificare. Astfel, se ajunge la 101 forme de boală.

Clasificarea în funcție de „trăsăturile esențiale" (gtso-bo)

Se face o distincție între dezechilibrele izolate și cele asociate.

— În cazul dezechilibrelor izolate există trei grade de creștere și trei grade de diminuare.

— În cazul dezechilibrelor asociate câte două sau câte trei, cele șase grade precedente, posibile pentru fiecare umoare, se combină în toate permutațiile posibile.

— Acestora li se adaugă cazurile în care o boală se adaugă unei boli mai vechi (*bla-gnyan*).

Există în total 101 forme de boală.

Clasificarea în funcție de topografie

— Bolile spiritului: cele care provoacă tulburări mentale sau de memorie.

— Bolile trupului: ale părții superioare, ale părții inferioare, de suprafață, de profunzime și bolile generalizate.

Există în total 101 forme de boală.

Clasificarea pe familii

Bolile interne (*khong-nad*), răni, febră și diverse afecțiuni reprezintă în total 101 forme.

/2T12/ „Astfel, din clasificarea după umori, trăsături esențiale, familii și topografie, iau naștere 404 (forme de) boli".

Mai mult, fiecare dintre aceste 404 forme se poate prezenta ca:

— O boală determinată de actele anterioare (*gzhan-dbang*) este mortală chiar dacă este tratată.

— O boală datorată factorilor patogeni din viața prezentă (*yongs-grub*) este mortală dacă nu este tratată.

— O boală aparentă (*ltar-snang*), care se vindecă în mod spontan.

Se obține astfel un total de 1616 forme.

/2T12/ „Nu există totuși boală (*nad*) în afara celor trei umori (*nyes-pa*) și nu există localizare în afara celor zece structuri

supuse agresiunii (şapte ţesuturi corporale şi trei excremente)".

Stabilirea diagnosticului

Principii generale

/2V24/ „Aşa cum vederea fumului poate duce la concluzia existenţei unui foc, diagnosticarea bolii trebuie să se facă plecând de la semnele specifice *(rang-nyid kyi rtags)*. De aceea doctorii care ignoră metoda stabilirii diagnosticului despre care vom vorbi în continuare nu recunosc semnele specifice bolii, chiar dacă acestea sunt prezente".

Diagnosticul este inseparabil de prognostic şi de aceea *Rgyud-dzhi* distinge trei metode de investigaţie:

— Cea care trece prin „punerea în evidenţă a factorului patogen" *(nyes-pa dngos-su ston-pa'-i sgo nas brtag-pa);*

— Cea care foloseşte stimularea *(rgyu thabs ngan-gyo skyon can gyi sgo nas brtag-pa)*, în scopul câştigării simpatiei şi încrederii bolnavului.

— Cea prin care se poate decide dacă trebuie sau nu să se întreprindă un tratament *(spang-blang mu-bzhir phye nas brtag-pa)*.

Investigarea prin „punerea în evidenţă a factorilor patogeni"

Ea face apel la diferite mijloace:

Anamneza trebuie să permită descoperirea cauzelor declanşatoare. Acestea se orientează către un tip sau altul de dezechilibru, căci „fructul nu se opune originii sale"/2T24/.

Cercetarea semnelor caracteristice *(mtshan-nyid rtags)* se face prin inspecţie *(blta)*, palpare *(reg-pa)* şi interogatoriu *(dri-ba)*. Inspecţia se referă la „dimensiuni, forme şi culori". Trebuie

cercetate, în special limba şi urina. Palparea priveşte „caldul, recele, neregulatul şi netedul". Trebuie palpat în special pulsul. Interogatoriul trebuie să se refere la cauzele declanşatoare „care permit cunoaşterea umorii respective" şi la localizarea bolii „care indică cele 6 căi prin care pătrunde umoarea patogenă (piele, carne, canale, oase, organe pline, cavităţi)".

Cercetarea obiceiurilor benefice sau nocive: obiceiuri anterioare, susceptibile de a fi jucat un rol declanşator: ele corespund sau nu umorii patogene suspectate. Obiceiuri prezente: agravează sau ameliorează boala, dând şi o indicaţie asupra naturii acesteia.

Astfel:

/2V24/ „Investigarea prin compararea habitatului (bolnavului) — rece etc. — a anotimpului (în cursul căruia se manifestă boala) — anotimpul ploilor etc. — temperamentul (bolnavului) — predominanţa pneumei etc. — vârsta (bolnavului) — bătrâneţe etc. — momentul zilei (recrudescenţa ciclică a simptomelor) — a doua veghe etc — a hranei consumate sau nu timpul apariţiei foamei etc. — localizarea bolii — coapse, şolduri etc. —, dacă toate elementele: habitat, anotimp etc. concordă[1], permite o diagnosticare exactă a dezechilibrului izolat al unei date. Dacă semnele sunt amestecate, este vorba de un dezechilibru asociat (a două umori) sau combinat (toate tipurile de umori)".

Investigaţia care „foloseşte simularea"

Aceasta constă, de exemplu, în interogarea discretă a celui trimis să consulte doctorul. Acesta din urmă va putea la rândul lui să pună diagnosticul bolii de îndată ce va reajunge la pacient, ceea ce va fi desigur de efect. Dacă diagnosticul nu poate fi pus imediat, doctorul nu trebuie să se grăbească. Dimpotrivă, el trebuie să

[1] Acestea concordă aici în favoarea unui dezechilibru al pneumei.

rămână lângă bolnav suficient timp pentru a-l interoga şi examina cu atenţie. El poate obţine, de asemenea, date importante punându-i pacientului întrebări referitoare la eficacitatea tratamentelor prescrise de alţi doctori. În sfârşit:

> /2V24/ „Dacă în ciuda tuturor metodelor de diagnostic expuse până acum în mod detaliat boala nu este descoperită, medicul trebuie să pună un diagnostic vag sau să se plaseze pe o poziţie suficient de sigură pentru a-şi disimula cu abilitate (incertitudinea). Dacă a pus un diagnostic vag, trebuie să descrie în continuare o terapeutică echilibrată, nici caldă, nici rece, nici benefică, nici nocivă pentru cald sau rece, declarând că boala se datorează unei hrane sau mod de viaţă neadecvate, acţiunii spiritelor rele şi mai ales alimentelor stricate, acide, tari şi crude etc. Pentru a-şi păstra o poziţie sigură trebuie să evite numele bolilor sau medicamentelor misterioase, necunoscute până atunci şi ignorate de ceilalţi... În acest mod, prestigiul este salvat, deşi boala n-a fost înţeleasă".

Investigaţia care trebuie să permită decizia asupra începerii unui tratament

Există cazuri uşor de tratat (*gso-sla*), dificil de tratat (*gso-dka'*) sau în care tratamentul nu este decât un paleativ (*gso-tsam*) şi, în sfârşit, de abandonat (*spang*).

Cazurile uşor de vindecat sunt cele care întrunesc toate condiţiile privind bolnavul, boala, doctorul, medicamentaţia şi personalul îngrijitor.

În cazurile greu de tratat numai o parte din aceste condiţii sunt reunite.

În cazurile în care tratamentul nu este decât un paleativ, deşi boala este incurabilă, starea bolnavului este îmbunătăţită prin dietă şi mod de viaţă, căci „durata vieţii stabilită prin *karman* nefiind epuizată, este posibil ca moartea să nu apară decât după un anumit timp" /2V26/.

Există şi cazuri de abandonat fără a întreprinde nici un tratament: medicul trebuie să găsească un mijloc pentru a nu se

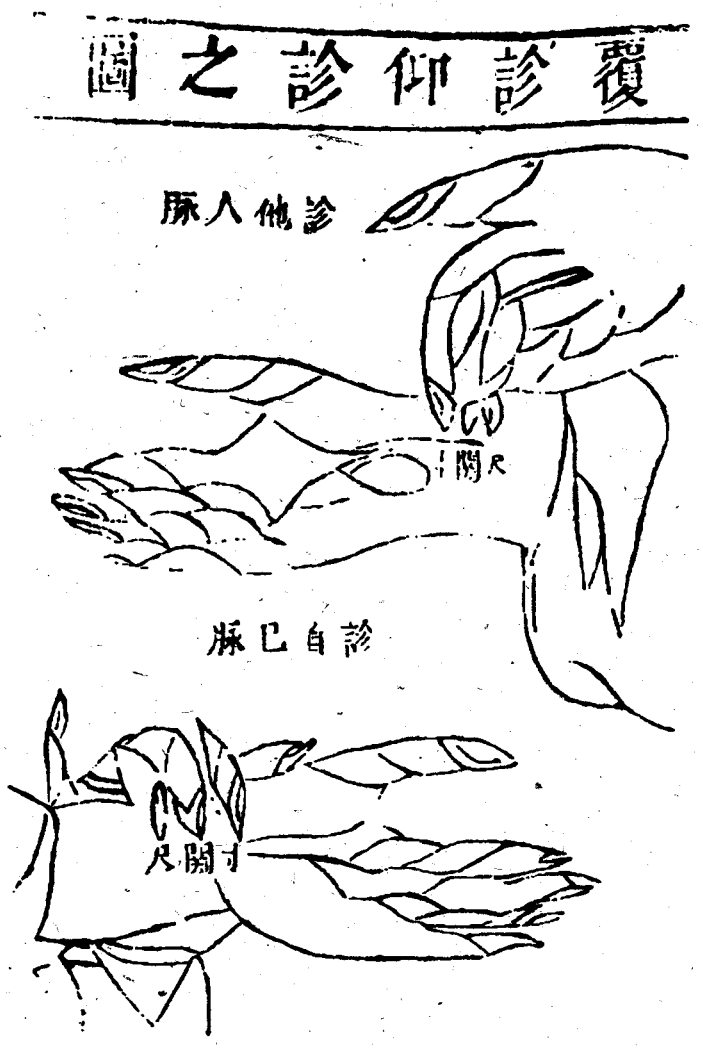


Fig 27 Desen chinezesc reprezentând luarea pulsului.

angaja în tratamentul bolnavilor refractari, care „sunt prea ocupați pentru a avea timp să se îngrijească", nu urmează sfaturile, a căror durată de viață s-a consumat etc., căci altfel el (medicul) s-ar expune eșecului și proastei reputații. Alți bolnavi trebuie abandonați din cauza lipsei de eficacitate a tratamentului: în caz de boală mortală sau de moarte apropiată sau iminentă. Astfel, cunoașterea semnelor morții iminente este importantă pentru evitarea riscării renumelui într-o cauză deja pierdută. Semnele morții iminente, expuse în detaliu în capitolul 7 al Tratatului Explicativ, sunt foarte apropiate de concepția din *Suśruta* Śū. 29 și din *Caraka* In. 1-2. Acestea sunt extrase din circumstanțele în care are loc vizita doctorului, visele bolnavului și comportamentul acestuia din urmă. Moartea este descrisă ca o dezagregare asemănătoare cu cea care resoarbe universul la sfârșitul fiecărei ere cosmice:

/2T7/ „Potențialitatea elementului pământ fiind resorbită în elementul apă, formele nu mai sunt vizibile.

Potențialitatea apei fiind resorbită în foc, orificiile se usucă.

Potențialitatea focului (fiind) resorbită în elementul aer, căldurile[1] se readună.

Potențialitatea elementului aer (fiind) resorbită în elementul spațiu, expirația se întrerupe".

E ușor de înțeles că, având o asemenea reprezentare a morții, un medic tibetan tradițional nu consideră că autopsia unui cadavru l-ar putea ajuta să înțeleagă ceva în plus. Fără îndoială că asemenea reprezentații, mai mult decât interdicțiile, au împiedicat atâta timp progresul metodelor anatomo-chimice în Asia Orientală. Această constatare se impune, de altfel, în cazul Tibetului, unde cadavrele erau dezmembrate pentru a fi aruncate ca hrană păsărilor de pradă și nu erau obiectul unor interdicții particulare.

Examenul pulsului

Este metoda de examinare preferată de doctorii tibetani și deseori singura utilizată în practică.

[1] Metabolismul fiecărui țesut.

/4V2/ „Pulsul e ca un mesager între umori și doctorul care știe să le examineze starea...".

Ar trebui ca bolnavul să se pregătească pentru acest examen evitând alimentele ca o natură prea caldă sau bogată, expunerea la soare, activitatea fizică excesivă, alimentele cu o natură prea rece etc. Chiar și atunci când pulsul trebuie examinat de urgență, trebuie ca respirația doctorului și cea a bolnavului să fie libere pentru ca pulsul să nu fie modificat de un efort recent.

Examenul pulsului trebuie să aibă loc în zori, în momentul în care principiul cald al canalului *ro-ma* și principiul rece al canalului *rkyang-ma* sunt în echilibru.

/2V2/ „Indexul, pe care chinezii îl numesc *tshon*, degetul mijlociu, numit *kan* și inelarul, numit *chag*, sunt aplicate de către doctor pe apofiza stiloidă radială a bolnavului[1], la un *mtshon*[2] distanță de pliul principal de flexiune al încheieturii mâinii. Cele trei degete ale doctorului trebuie să fie aplicate uniform, fără să se atingă".

După *Vaiḍūrya sngon-po* (4V2), examenul pulsului se face în acest loc, preferat altor artere pulsatile ale trupului, deoarece nu este nici prea aproape de inimă, nici prea departe de alte organe. Dacă inima este examinată prea de aproape, bătăile ei violente nu permit diagnosticarea bolii altor organe, „așa cum zgomotul unui torent tumultuos acoperă vocile persoanelor care își vorbesc stând pe maluri diferite". Dacă pulsul este luat departe de inimă, dar și de alte organe, mesajele transmise de acestea sunt bruiate, „asemenea știrilor care vin de departe".

/4V2/ „Degetele trebuie să apese astfel încât inelarul să atingă osul, degetul mijlociu să preseze carnea și indexul să atingă pielea".

Doctorul ia pulsul de la mâna dreaptă cu mâna sa stângă și la mâna stângă cu cea dreaptă. Examinarea trebuie să înceapă cu

[1] În chineză, cele trei segmente ale arterei radiale se numesc *tsun, ch'in* și *kuan*.

[2] *Mtshon* este lungimea falangei distale a degetului mare.

pulsul stâng la bărbat şi cu cel drept la femeie, „datorită poziţiei vârfului inimii" /4V2/. Acest procedeu este recomandat şi în *Nei-Ching*, cap. 15 (Veith I. 1966). Fiecare arteră radială trebuie examinată pe durata a 100 de pulsaţii. Apoi, medicul examinează cu ambele mâini cele două artere radiale ale bolnavului timp de încă 100 de pulsaţii, pentru a putea observa diferenţele.

Există 12 pulsuri (*rtsa*): 6 „pulsuri luminate" (*gdags kyi rtsa*) şi 6 „pulsuri umbrite" (*sribs kyi rtsa*). Primele sunt percepute cu marginea superioară a celor trei degete care palpează, iar celelalte cu marginea inferioară. Acest lucru corespunde, de fapt, distincţiei chineze între *yang* şi *yin*. Ştim că aceste două concepte desemnau iniţial dualităţile concrete: lumina şi umbra, versantul însorit şi cel umbrit al unui munte, de exemplu, la bărbat:

— Mâna dreaptă a doctorului examinează încheietura stângă a bolnavului:

. sub marginea superioară a indexului, pulsul inimii, şi sub cea inferioară, pulsul intestinului subţire. Acesta este sediul elementului foc (*me khams*),

. sub marginea superioară a degetului mijlociu, pulsul splinei, şi sub marginea inferioară, cel al stomacului. Acesta este sediul elementului pământ,

. sub marginea superioară a inelarului, pulsul rinichiului stâng, şi sub marginea inferioară, pulsul organului *bsam-se'u*. Acesta este sediul elementului apă.

— Mâna stângă a doctorului examinează la încheietura dreaptă a bolnavului:

. sub marginea superioară a indexului pulsul plămânului, şi sub marginea inferioară pe cel al colonului. Acesta este sediul elementului fier (*lcags-khams*),

. sub marginea superioară a degetului mijlociu pulsul ficatului, şi sub marginea inferioară, pe cel al bilei. Acesta este sediul elementului lemn (*shing-khams*)[1],

[1] Trebuie să observăm că elementele „fier" şi „lemn", proprii teoriilor chineze, înlocuiesc aici două din cele cinci elemente indiene.

DISPUNEREA PULSULUI LA BĂRBAT

		Încheietura dreaptă	Încheietura stângă
I indexul doctorului	margine superioară	plămân (la femeie în stânga)	inimă (la femeie în dreapta)
	margine inferioară	colon	intestin subţire
II degetul mijlociu	margine superioară	ficat	splină
	margine inferioară	bilă	stomac
III inelarul	margine superioară	rinichi drept	rinichi stâng
	margine inferioară	vezică	vsam-se'u

. sub marginea superioară a inelarului pulsul rinichiului drept, şi sub marginea inferioară, pe cel al vezicii. Acesta este sediul elementului apă.

La femeie pulsul luat cu indexul este invers decât la bărbat: pulsul inimii şi al intestinului subţire este luat la încheietura dreaptă, iar cel al plămânului şi al colonului, la încheietura stângă. După *Vaiḍūrya sngon-po* (4V2), această inversiune nu reflectă o localizare diferită a plămânilor şi inimii în funcţie de sexe, ci este datorat faptului că vârful inimii este orientat în stânga la bărbat şi în dreapta la femeie.

/4V2/ „Deşi nu există nici o diferenţă în funcţie de sex în dispunerea canalelor *ro-ma* şi *rkyang-ma*, deschiderea prin care pătrunde spiritul (*yid'jug gi bu-ga*), şi care se găseşte la nivelul vârfului inimii, este orientat la bărbat spre canalul *rkyang-ma*, iar la femeie spre *ro-ma*".

Această dispunere a pulsului diferitelor organe necesită mai multe remarci:

Ea diferă de teoria chineză clasică; faţă de aceasta, medicina tibetană a mutat dintr-o parte în alta pulsul palpabil cu degetul mijlociu şi inelar. La femeie, aceasta afectează ansamblul pulsului.

Pulsul luat cu marginea superioară a degetelor, „pulsul luminos" (*gdags kyi rtsa*) corespunde organelor pline (*don*) numite *tsang* în chineză. După teoria chineză clasică, pulsurile *tsang* sunt percepute printr-o presiune medie a degetelor, iar natura lor este *yin*. Teoria tibetană face din „pulsul luminos" tocmai contrariul, acesta ajungând să desemneze o natură *yang*. De altfel, medicina tibetană înlocuiește pulsul „maestrului inimii" (*ming-man*) cu cel al rinichiului stâng, în timp ce în China pulsul celor doi plămâni se ia cu inelarul numai de la încheietura stângă.

Pulsul palpat sub marginea inferioară a degetelor, „pulsul umbrei" (*sribs kyi rtsa*), corespunde cavităților (*snod*), numite în chineză *fou*. După medicina chineză, pulsul acestora este perceput printr-o presiune ușoară a degetelor și este de natură *yang*. În medicina tibetană ele par a fi, dimpotrivă, de natura *yin*.

Fără îndoială, clasificarea viscerelor în 5 organe pline și 6 cavități, folosită în medicina tibetană este de origine chineză. În capitolele de fiziologie, fiziopatologie și semiologie (împrumutate din India) nu li se acordă, de altfel, prea multă importanță, spre deosebire de cele 7 țesuturi ale organismului. Numai stomacul intervine ca un „cazan" în cursul procesului de digestie a alimentelor. Ficatul este menționat numai ca organ în care are loc transformarea chilului în sânge. Acest lucru este în contrast cu importanța care li se atribuie în capitolul consacrat luării pulsului conform teoriilor chineze.

Organul *bsam-se'u*, pe care l-am mai menționat de câteva ori, este o entitate hibridă. Numele lui provine, după toate aparențele, din chinezul *san-tsiao* („cele trei ceaune"). El ocupă locul celor „trei ceaune" în dispunerea tibetană a pulsului, în opoziție cu vezica. În schimb, funcția lui este foarte diferită de cea a „celor trei ceaune", pe care am descris-o. Organul *bsam-se'u* este receptaculul „sucului", ultimul din cele 7 țesuturi corporale. Până acum, toată lumea a tradus *bsam-se'u* prin „vezicula seminală". Nu putem subscrie acestei traduceri care nu exprimă funcția de „recipient al sucului" pe care o are acest organ, din următoarele motive:

— *Bsam-se'u* este un organ impar.

— *Rgyud-bzhi* și desenele de anatomie îl situează în regiunea lombară.

— Este menționat, în special, în legătură cu menstruația și cu dezvoltarea embrionară.

— *Rgyud-bzhi* nu descrie traiectoria spermei în organism.

Ar fi deci mai bine să nu încercăm să traducem acest termen, el neavând echivalent în anatomia modernă. Trebuie să observăm că termenul *bsam-se'u* a fost împrumutat din China înainte ca *sam-tsiao* din chineza veche să devină *san-tsiao*[1].

Pulsul subiecților normali e de trei tipuri:

. tip „masculin" (*pho-rtsa*): amplu și aspru,
. tip „feminin" (*mo-rtsa*): fin și rapid,
. tip „spiritul Iluminării" (*byang-chub sems-rtsa*): liniștit, încet, suplu.

De fapt, cele trei tipuri de puls corespund celor trei temperamente predominante corespunzătoare celor trei umori: pneuma, bila și flegma.

Modificările pulsului în funcție de anotimp:

Există patru anotimpuri: primăvara, vara, toamna și iarna și al cincilea, format din cele patru „joncțiuni" (*dus-mtshams*) ale celorlalte.

Primăvara, pulsul hepatic al elementului lemn: „fin și alert precum cântecul păsării *co-ga*" bate timp de 71 de zile. Pulsul splenic al elementului pământ bate în restul de 18 zile ale anotimpului.

Vara, pulsul cardiac al elementului foc: „amplu și lung precum cântecul cocoșului" bate timp de 72 de zile. Pulsul splenic al elementului pământ bate în restul de 18 de zile ale anotimpului etc.

Această teorie a predominației pulsului unui organ și a unuia din cele 5 elemente în funcție de anotimp a fost împrumutată din medicina chineză, unde joacă un rol important[2]. *Rgyud-bzhi* (4T)

[1] Această indicație ne-a fost furnizată de profesorul R.A.Stein.

[2] Vezi *Nei Ching*, cap. 19 (Veith I., 1966).

nu o menționează decât pentru practicile divinatorii, la fel ca și ciclurile creației și ale distrugerii celor cinci elemente.

Frecvența pulsului:

Pulsul bolnavului bate în mod normal de cinci ori în timpul unui ciclu respirator al doctorului[1].

Creșterea frecvenței este un semn de febră. Diminuarea ei, un semn de boală rece.

Există tipuri generale sau particulare de puls patologic:

„Puls general"

. Pulsul bolilor calde este puternic, amplificat, rotativ, rapid, închis și dur.

. Pulsul bolilor reci este slab, înecat, confuz, lent, relaxat și flasc.

„Puls specific": permite diagnosticarea naturii afecțiunii datorită tipului de puls patologic și topografia bolii datorită celui dintre cele 12 pulsuri pentru care anomalia este mai evidentă.

. Pulsul pneumei în dezechilibru este șuierat, depresiv și intermitent.

. Pulsul bilei este slab și închis.

. Pulsul flegmei este înecat și trenant.

Aceste pulsuri sunt semnul unui dezechilibru hormonal care nu există în medicina chineză. Ele au fost inventate de tibetani pentru a adapta tehnica pulsului teoriilor indiene. De altfel, e interesant de constatat că le-au împrumutat în acest scop caracteristicile umorilor respective.

Tratatul Final (4T) dă o listă a pulsurilor considerate caracteristice bolilor serului, infestărilor datorate viermilor,

[1] Același lucru pentru medicina chineză.

intoxicațiilor, bolilor epidemice, prezenței „corpurilor străine" etc. În sfârșit, numeroase tehnici sunt destinate divinației, diagnosticului acțiunilor spiritelor rele și cercetării morții iminente.

Examenul urinei

E uneori practicat ca metodă de diagnosticare suplimentară și nu are echivalent în medicina indiană sau chineză.

Bolnavul trebuie să evite să bea ceai, zer, bere... în cantități prea mari, în ziua consultației, pentru că acestea „modifică culoarea" urinei. Trebuie să evite, de asemenea, însetarea, raporturile sexuale, lipsa de somn... care „perturbă" urina. Trebuie să-și golească vezica la miezul nopții și să nu supună examenului decât urina care s-a acumulat în a doua parte a zilei, „aceasta nefiind practic de origine alimentară. Ea izvorăște din profunzimi, în mod progresiv: intestinul subțire, colon, sânge, bilă etc., iar culoarea ei corespunde dezordinii patologice" /4V3/.

Formarea urinei

/4V3/ „Reziduurile digestiei (care a avut loc în stomac) sunt separate la rândul lor în fragmente lichide și solide în <intestinul subțire alb> (*rgyu-ma dkar-po*). Fracțiunile lichide se acumulează în vezică, după ce au parcurs canalul *gnye-ma'i rtsa* numit *rgyu-grog* <pârâul intestinului subțire>. Chilul trece din stomac spre ficat, unde se transformă în sânge. Sângele eliberează o chintesență care se va transforma în carne și un reziduu care se acumulează în vezica biliară. Bila veziculară se separă în chintesență și reziduu. Chintesența se transformă în ser (*chu-ser*). Reziduul bilei veziculare devine sedimentul (*ku-ya*) care se acumulează în vezică o dată cu urina, după ce a parcurs canalele (*rtsa-mig*) care vin din ficat".

Urina normală

Imediat după ce a fost eliminată și este caldă încă, are o culoare galben-deschis „precum untul proaspăt de iac". Nu emite

vapori prea intenşi, dar nici prea slabi; ei persistă un timp nici prea lung, nici prea scurt. Dimensiunea bulelor este medie. Sedimentul care apare în urină atunci când mirosul se evaporă are o densitate medie, este omogen repartizat şi are o culoare galben-albăstruie. Partea plutitoare trebuie să semene cu „cea a unui ochi de apă, vara, netulburat de vânt" /4V3/.

În cazul unui temperament în care predomină pneuma sau la femeia însărcinată, urina are o tentă albastră „ca apa dintr-un lac". În cazul unui temperament în care predomină bila, urina este mai galbenă şi în cazul unui temperament flegmatic este mai albă. După dispariţia vaporilor, urina „se transformă" (*ldog*) de la margine spre centru, devenind galben-deschis şi transparentă.

Urina patologică

Examenul are trei stadii:

. Stadiul cald: imediat după eliminarea urinei.

. Stadiul dispariţiei mirosului: cât timp urina este călduţă.

. Stadiul urinei răcite.

În fiecare din aceste stadii trebuie observate anumite aspecte particulare ale urinei:

. Culoarea, vaporii, mirosul şi bulele (lit.: „eflorescenţa", *mé-tog*) în stadiul cald.

. Sedimentul şi partea plutitoare după dispariţia mirosului.

. Felul în care se schimbă urina, starea finală şi rezultatul, după răcire.

Culoarea urinei în stadiul cald: dacă este albăstruie şi transparentă „ca apa de izvor", semnalează un dezechilibru al pneumei. Dacă este galbenă „ca un decoct de dracilă", e vorba de un dezechilibru al bilei. Dacă este albă „ca laptele", problemele privesc flegma şi digestia. Dacă este roşie „ca sângele", este vorba de o boală a sângelui. Dacă are o culoare amestecată, semnalează dezechilibrul a două sau trei umori asociate.

Dacă există mulţi vapori, este vorba despre o febră evolutivă (*tsha-ba rgyas-pa*). Dacă sunt slabi şi trecători, este un dezechilibru

rece al pneumei (sau a flegmei). În cazul când vaporii sunt, alternativ, slabi şi intenşi, diagnosticul este un dezechilibru cald şi rece; în amestec..

Dacă este urât mirositoare, semnalează o febră gravă. Dacă, dimpotrivă, mirosul este slab, este vorba de o afecţiune rece.

Când bulele sunt albăstrii şi mari, este o boală a pneumei. Mici, galbene şi trecătoare, ele sunt semnul unei afecţiuni a bilei. Dacă seamănă cu saliva şi sunt persistente, este o boală a flegmei.

În cazul dereglării pneumei, sedimentul are aspectul unor fire. În cazul unei boli a sângelui, seamănă cu un „brâu de lână aruncat în urină". În cazul unui dezechilibru al flegmei, este fin, aproape invizibil, şi dispersat în urină. În caz de infecţie, se aseamănă cu puroiul. Dacă este asemănător cu nisipul, denotă o afecţiune a rinichilor..

Dacă partea plutitoare este fină, este vorba de o boală rece. Dacă este mare, de o boală caldă...

Dacă urina „se schimbă" (*ldog*) înaintea dispariţiei vaporilor, este vorba despre febră. Dacă „se schimbă" după răcire, este o boală rece. Dacă urina „se schimbă" începând cu marginea, e vorba de un dezechilibru rece. Dacă „schimbarea" se face printr-o erupţie din profunzime, este o febră recentă...

După „schimbare", dacă urina este groasă, este un dezechilibru cald. Dacă e fluidă, e vorba de o boală rece.

Tratatul Final descrie, de asemenea, care e aspectul urinei în cazul morţii iminente şi mai ales indică diferite procedee de divinaţie cu ajutorul urinei.

/4V3/ „În general, afecţiunile organelor pline se manifestă în mod evident la nivelul pulsului şi cele ale cavităţilor la nivelul urinei".

Terapeutica

Aceasta include modul de viață, medicamentația și intervențiile.

Modul de viață (spyod-lam)

Se face distincția între un mod de viață general, modul de viață în funcție de anotimp și comportamentul ocazional.

Modul de viață general

Acest capitol dă sfaturi generale privind somnul, activitatea fizică cotidiană, igiena sexuală etc. pentru „păstrarea sănătății și prelungirea duratei vieții". Indică, de asemenea, felul în care trebuie să te comporți în societate: ținerea promisiunilor, rezervarea și discreția, modestia, amabilitatea și generozitatea, mulțumirea etc. În sfârșit, se ocupă de Legea religioasă, căci:

> /2T13/ „Urmărind fericirea, oamenii caută cu asiduitate diverse activități lumești: agricultură, comerț etc. Dar, chiar dacă își ating scopul, cele cinci plăceri ale simțurilor, fericirea acestei vieți, devin suferințe atunci când nu este practicată Legea cea Nobilă. De aceea, cei care își doresc o fericire netrecătoare practică Legea cea Nobilă".

Modul de viață în funcție de anotimp

Știm deja că umorile variază în funcție de anotimp, de aceea bolile trebuie prevenite sau contracarate la timp.

> /2T14/ „Deoarece în prima jumătate a iernii, frigul provoacă închiderea porilor cutanați, energia focului este prezentă în profunzimi și devine din ce în ce mai intensă, sub efectul pneumei Însoțite de foc. De aceea, în cazul în care

> hrana este insuficientă, țesuturile corporale — sânge etc. — se usucă și devin periculoase. De aceea trebuie consumate alimente dulci, acide și sărate...".
>
> În același timp, corpul va fi uns cu materii grase, vor fi consumate supe de carne și grăsimi, vor fi purtate haine de blană și va fi evitată ieșirea din casă.

Fiecare anotimp determină un mod de viață specific și trebuie evitate dezechilibrele pe care acest anotimp le-ar putea provoca. Această teorie, expusă deja în capitolul de fiziopatologie, devine aici elementul unei adevărate medicine preventive. Adusă din India, a fost parțial adaptată condițiilor climatice din Tibet. Această adaptare a fost făcută mai mult în *Rgyud-bzhi* decât în *As.* cap. 3. A se vedea, de asemenea, *Suśruta* Sū. cap. 64.

Comportamentul ocazional

Acest capitol subliniază importanța nereprimării nevoilor naturale: foamea, setea, voma, căscatul, strănutul, respirația, somnul etc.

> /2T15/ „Reprimarea setei (antrenează) apariția uscăciunii gurii, a amețelilor, bolilor cardiace și stărilor de confuzie... Reprimarea expectorației provoacă obstrucția bronhiilor, dispneea, slăbirea, sughițul, afecțiuni cardiace și anorexie. În acest caz trebuie aplicate procedee expectorante..."

Dieta

Aici intervine necesitatea cunoașterii categoriilor alimentare (*zad-tshul*), a unor percepte privind alimentele „incompatibile" (*mi phrod-pa*) și cantității de hrană necesară (*zas-tshod ran-pa bz'a*).

Alimentele sunt împărțite în următoarele categorii:

— Hrană solidă: grăunțe, carne, grăsimi, alimente gătite (*gyos*) și mâncărurile consistente (*sbyar*).

— Lichide: lapte, apă, bere.

În acest capitol, sunt expuse calităţile, avantajele şi incovenientele fiecărui aliment. Astfel:

/2T16/ „Grâul: greu şi proaspăt, este tonifiant şi elimină bila şi flegma... Mazărea: astringentă, dulce, proaspătă, uşoară şi acidă, înlătură obstrucţiile canalelor, vindecă combinaţiile de febră şi dezechilibru al pneumei şi diareea. Elimină grăsimile şi (făina) e benefică pentru sânge, bilă şi ţesutul adipos..."

Carnea e împărţită în 8 grupe: păsările care zgârâie pământul cu ghearele, păsările care ciocănesc pământul cu ciocul, mamiferele sălbatice (*ri-dvags*), marile mamifere sălbatice, animalele carnivore, păsările de pradă, animalele domestice şi animalele acvatice.

/2T16/ „Carnea de oaie: grasă şi caldă, este tonică, dezvoltă ţesuturile organismului, elimină pneuma şi flegma şi deschide apetitul..."

Materiile grase enumerate sunt untul, uleiul de susan, măduva osoasă şi slănina.

/2T16/ „Untul proaspăt are o natură rece. Este afrodisiac, curăţă tenul şi dă energie. Vindecă febrele biliare. Untul rânced vindecă tulburările de comportament şi memorie ca şi pierderea cunoştinţei".

În privinţa legumelor:

/2T16/ „Tinerele mlădiţe de ridiche, calde, cresc căldura internă. Ridichiile bătrâne, grele şi având o natură rece, cresc flegma...".

În sfârşit, sunt detaliate proprietăţile diferitelor tipuri de apă:

/2T16/ „(Apa din) locurile curate (expuse) razelor solare şi bătute de vând este bună. (Apa) murdară (conţinând) alge, rădăcini, frunze şi lemn mort, aflată în umbră, sărată,

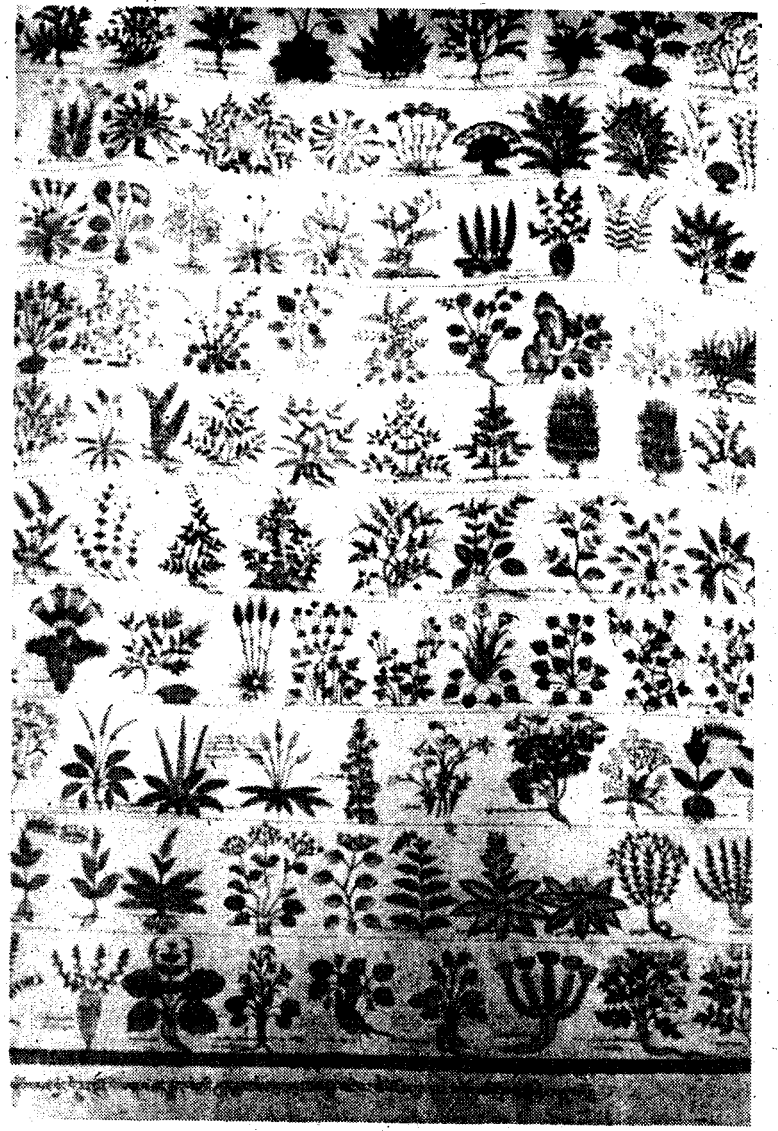


Fig 28. Planşă reprezentând material medical.

(conținând) insecte (și) emanații (de materii fecale), crește toate umorile...".

Lunga listă de produse alimentare din capitolul 16 al Tratatului Explicativ este inspirată din liste similare aflate în tratatele ayurvedice (*Suśrūta* Su. 45-46 și *Caraka* Sū. 27); ea este în contrast evident cu monotonia alimentației tibetane.

Percepțele alimentare

Acestea privesc arta recunoașterii hranei otrăvite și a alimentelor incompatibile între ele. Astfel:

/2T17/ „Carnea de pește este incompatibilă cu laptele. Laptele și fructele sunt incompatibile... Mazărea, melasa și laptele prins sunt incompatibile..."

Măsura corectă în alimentație este:

/2T17/ „În cazul nerespectării măsurii în alimentație: dacă hrana este insuficientă, dispar atât energia cât și aspectul sănătos, instalându-se dezechilibrul pneumei. Dacă hrana este în cantități prea mari, dă naștere unei digestii proaste și formează mult mucus care obturează lumina canalelor prin care circulă pneuma însoțită de foc.
Căldura gastrică este slăbită și apar toate bolile..."

Medicamentele (sman)

Activitatea (*las*) medicamentelor se explică prin trei feluri de agenți: gusturile de bază, gusturile „post-digestive" și potențialitățile. De fapt, acești factori sunt în strânsă dependență față de cele cinci elemente care le servesc de substrat.

Medicamentele în care predomină elementul pământ sunt grele, stabile, moi, dulci, onctuoase și uscate. Acestea întăresc,

stimulează și concentrează într-un punct ceea ce este difuzat. vindecând în special afecțiunile pneumei.

Medicamentele în care predomină elementul apă sunt fluide, reci, grele, moi, onctuoase și maleabile. Ele umezesc, îndulcesc, concentrează și vindecă în special dezechilibrele bilei.

Medicamentele în care predomină elementul vânt sunt ușoare, instabile, reci, aspre, aride și uscate. Ele îndulcesc, tonifică, provoacă difuzia și eliminarea flegmei și a bilei etc.

/2T19/ „Medicamentele care trag în sus (vomitive) au la bază focul și vântul. Cele care trag în jos (purgative) au la bază pământul și apa".

Cele 6 gusturi de bază sunt următoarele: dulce, acid, sărat, amar, picant, astringent.

Dulcele, acidul, săratul și picantul luptă împotriva pneumei.
Amarul, săratul și astringentul elimină bila.
Picantul, acidul și săratul luptă împotriva flegmei.

De fapt, atunci când este vorba de medicamente, acțiunea gusturilor este mult mai complexă. Astfel, de exemplu:

/2T19/ „Gustul sărat elimină pneuma și bila. Cea mai mare parte (a substanțelor cu gust dulce), cu excepția orzului bătrân și a cărnii animalelor care trăiesc în zone uscate, crește flegma. Totuși, carnea iacului sălbatic, carnea de oaie, carnea de pește și mierea (de asemenea, substanțe dulci) sunt benefice pentru flegmă".

Gusturile „post-digestive" (zhu-rjes)

/2T19/ „Post-digestia dulcelui și a săratului este dulce. Post-digestia acidului este identică cu gustul inițial. Post-digestia amarului, picantului și astringentului este amară. Fiecare (din aceste gusturi post-digestive) elimină două din cele trei umori".

Potențialitățile (nus-pa)

Acestea sunt în număr de 8, opuse două câte două:

greu (*lci*) și ușor (*yang*)
onctuos (*snum*) și aspru (*rtsub*)
rece (*sil*) și cald (*tsha*)
moale (*rtul*) și tăios (*rno-ba*).

Potențialitățile: greu, onctuos, rece și moale elimină pneuma și bila.
Ușorul, asprul, caldul și tăiosul elimină flegma.
Ușorul, asprul și fragetul cresc pneuma.
Caldul, tăiosul și onctuosul cresc bila.
Greul, onctuosul și fragedul cresc flegma.

În capitolul 20 al Tratatului Explicativ intervine, în plus, noțiunea de energie (*stobs*), caldă sau rece pentru anumite medicamente a căror proveniență (zona însorită sau umbroasă a muntelui), modalitate de uscare (la soare sau la umbră) etc. au determinat exacerbarea potențialității calde sau reci.

Între gusturi și potențialități există o strânsă relație:

/2T20/ „Săratul, astringentul și dulcele sunt respectiv din ce în ce mai grele. Săratul, acidul și dulcele sunt din ce în ce mai onctuoase..."

Medicamentele acționează prin unul sau altul dintre acești factori. Dacă în cazul unui medicament natural aceștia concordă[1], se spune că gustul este activ. Dacă potențialitățile unui medicament nu concordă cu gusturile sale „din cauza proporțiilor mai mici sau

[1] De exemplu, un medicament cu gust dulce a cărui post-digestie va fi, de asemenea, dulce și care ar avea potențialitățile: greu, moale, fraged, fluid, onctuos, stabil etc.

mai mari a celor cinci elemente" sau dacă medicamentul de bază este integrat într-un preparat farmaceutic, acțiunea finală va fi diferită de acțiunea teoretică a gusturilor.

/2V20/ „Potențialitățile domină gusturile, post-digestia domină potențialitățile și prepararea farmaceutică domină post-digestia... De aceea, în cazul tuturor preparatelor farmaceutice — decocturi, prafuri etc. trebuie asociate gusturile medicamentelor active prin gust, potențialitățile celor care acționează prin potențialități; același lucru pentru gusturile post-digestive. Este posibil ca un medicament să nu aibă activitatea previzibilă prin gustul său. Este cazul medicamentului *ka-ra-nyadza*, de exemplu. Având în vedere gustul său, ar trebui să crească pneuma și flegma. Dimpotrivă, el le elimină, căci are <o potențialitate naturală> (*ngo-bo nus-pa*) caldă".

Această teorie foarte ingenioasă satisface atât speculația abstractă cât și realitățile empirice. Ea pare să întruneasă teorii (privind gustul, potențialitatea, post-digestia, energia caldă și rece) care ar putea să își dispute privilegiul de a explicita acțiunea medicamentelor. *Suśrutasaṃhitā* (Sū. 40) și prezintă aceste concepții ca teorii concurente; apoi face sinteza, admițând cooperarea între substanță (*dravya*), gusturi (*rasa*), calități (*guna*), forță (*virya*) și post-digestie (*vipaka*) în activitatea terapeutică a medicamentelor.

Materialul medical

Este împărțit în 8 grupe:

Materialele medicinale prețioase (*rin-po-che yi sman*).
Pământurile medicinale (*sa-yi sman*).
Pietrele medicinale (*rdo-yi sman*).

Esențele medicinale (*rtsi-sman*)[1].
Medicamentele thang (*thang-sman*)[2].
Medicamentele extrase din arbori (*shing-sman*).
Medicamentele simple (*sngo-sman*).
Medicamentele extrase din ființe vii (*srog-chags sman*).

[1] Acest termen nu poate fi tradus prin „exudate și secreții" ca în planșa de material medical „An Illustrated Tibeto-Mongolian Materia Medica of Ayurveda", căci acest grup de medicamente include produse diferite ca bila de urs, camforul și cuișoarele.

[2] Nu este vorba despre „medicamente preparate prin decoct cu ajutorul diferitelor părți de plantă", cum este numit în planșa de material medical „An Illustrated Tibeto-Mongolian Materia Medica of Ayurveda", ci de numele generic al unui grup de medicamente vegetale care nu are legătură cu tehnica de preparare. În școala medicală din Dharamsala, termenul *thang-sman* este interpretat ca „medicină de câmpie". De fapt, acest grup conține plante din diverse zone.

În cadrul restrâns al acestei lucrări ne vom limita la prezentarea listei medicamentelor a căror identitate am reușit să o stabilim prin metoda expusă mai sus. O lucrare în curs de elaborare este consacrată în mod special materialului medical și confruntă identificările noastre cu echivalentele chineze așa cum pot fi găsite în farmacopeea din *'Jam-dpal Rdo-rje*. Vom discuta, de asemenea, identificările din dicționarul lui Gammermann A. F. (1963), ca și indicațiile terapeutice ale diverselor medicamente.

Produsele au fost enumerate în ordinea alfabetului tibetan. Fiecare nume de medicament (drog) este urmat de o prescurtare care arată originea sa: minerală (d. m.), vegetală (d.v.) sau animală (d.a.).

ka	*ka-ko-la*	*Amomum subulatum—d.v.*
	ka-bed	*Cucurbita pepo—d.v.*
	ka-ra	*zahăr din trestie—d.v.*
	kanta-ka-ri	*Rubus niveus sau Solanum xanthocarpum — d.v.*
	ku-sha	*Poa sp.—d.v.*
	ku-shu	*Malus sp.—d.v.*
	kon-pa gab-skya	*Saussurea criostemon—d.v.*
	kyi-lce	*Swertia hookeri—d.v.*
	klag-pa	*Milvus migrans—d.a.*
	klu-bdud rdo-rje	*Codonopsis convolvulacea—d.v.*
	d kar-rtsi	*kaolin ?—d.m.*
	rkyang	*Equus hemionus—d.a.*
	skc-tshc	*Sinapis sp.—d.v.*
	skya-ga	*Pica pica—d.a.*
	skyar-mo	*Egretta alba—d.a.*
	skyi-ba	*Sophora moorcroftiana—d.v.*
	skyu-ru-ra	*Phyllanthus emblica—d.v.*
	skyung-ka	*Pyrrhocorax pyrrhocorax—d.a.*
	skycr-pa	*Berberis asiatica—d.v.*
kha	*kha-ru-tsha*	*halit—d.m. (sare gemă)*
	kha-sha	*Cervus elaphus wallichii—d.a.*
	khva-ta	*Corvus macrorhynchos—d.a*
	khab-kcn	*piatră magnetică—d.m.*
	kham-bu	*Prunus persica—d.v.*
	kha-byug	*Cuculus canorus—d.a.*
	khu-byud rtsa-ljang	*Equisetum debile—d.v.*
	khuprta	*Unicurus scouleri—d.a.*
	khur-mang	*Taraxacum tibeticum—d.v.*
	khra-ma	*Hordeum distichum—d.v.*
	khrung-khrung	*Grus siberica—d.a.*
	khrc	*Penisetum orientale sau Setaria itulica—d.v.*
	khrog-chung	*Saussurea yakla—d.v*
	mkhan-pa	*Artemisia sieversiana sau Tanacetum nubigenum—*
	mkhar-gong	*cuarț microfacturat opac—d.m.*
	mkhal-ma zho-sha	*Mucuna prurita—d.v.*
ga	*ga-bur*	*Cinnamomum camphora—d.v.*
	gang-ga chung	*Gentiana depressa, G. urnula—d.v.*
	gangs-thig	*perle de peșteră crusta calcaroasă—d.m.*
	gandha-bha-tra	*Gnaphalium ? sau Anaphalis ?—d.v.*
	gi-vang	*bézoard- d.v.*
	gu-gul	*Balsamodendron mukul sau rădăcină de Burseracee—d.v.*
	gur-gum (kha-che)	*Crocus sativus—d.v.*
	gur-gum	*Carthamus tinctorius—d.v.*
	ge-sar	*Salmalia malabarica—d.v.*
		pad-ma ge-sar corolă
		na-ga ge-sar caliciu
		na-ga pushpastamine și pistil
	go-snyod	*Carum carvi—d.v.*
	go-bo	*Gypactus barbatus - d.a.*

	go-byi-la	*Semecarpus anacardium - d.v.*
	go-yu	*Areca catechu - d.v.*
	gong-mo	*Tetragallus himalayensis—d.a.*
	gyi	*Felis manul—d.a.*
	gra-ma	*Caragana brevifolia—d.v.*
	grum-pa	*Manis crassicaudata ?—d.a.*
	gro	*Triticum aestivum - d.v.*
	gro-ma	*Potentilla fulgens - d.v.*
	gla-sgang	*Cyperus scariosus—d.v.*
	gla-ba	*Moschus moschiferus—d.a.*
	glang-sna	*Pedicularis longiflora—d.v.*
	glang-ma	*Salix thomsoni—d.v.*
	dgo-ba	*Procapra picticaudata ?—d.a.*
	'gron-bu	*cauri—d.a.*
	rgun-'bum	*Vitis vinifera—d.v.*
	rgya-skyegs	*rășină—d.v.*
	rgya-rgod-spos	*Delphinium cashmirianum - d.v.*
	rgya-spos	*[illegible] coelens ?—d.v.*
	rgya-sman	*Papaver sp.—d.v.*
	rgya-tsha	*amoniac—d.m.*
	rgya-m tsho 'i lbu-ba	*os de sepie—d.a.*
	rgya-sran	*Vicia faba—d.v.*
	rgyam-tsha	*sare gemă—d.m.*
	sga-skya	*Kaempferia galanga ? - d.v.*
	sgog	*Allium sativum—d.v.*
	sgong-thog-pa	*Erysimum diffusum—d.v.*
	sgron-shing	*Larix potatinii sau Pinus tabulaeformis - d.v.*
nga	*ngang-pa*	*Anser indicus—d.a.*
	dngul	*argint—d.m.*
	dngul-chu	*mercur—d.m.*
	dngul-zil	*ametist—d.m.*
	rnga-mong	*cămilă—d.a.*
	sngo-spyi-bzhur	*Saussurea eriostemon—d.v.*
	sngon-bu	*Lactuca lessertiana—d.v.*
ca	*cu-gang*	*depozite de siliciu amorf între nodurile de bambus—d.v.*
	co-ka	*Allanda arvensis—d.v.*
	cog-la-ma	*cinabru—d.m.*
	cong-zhiconcretiuni de carbonat de calciu—d.m.	
	lca-ba	*Selinum tenuifolium și alte Ombellifere - d.v.*
	lcags	*fier—d.m.*
	lcags-rdo	*oligist—d.m.*
	lcags-kyu	*Corydalis sp.—d.v.*
	lcang-ma	*Salix—d.v.*
	lcam-pa	*Malva verticillata—d.v.*
	lcum-rtsa	*Rheum palmatum, R. webbianum—d.v.*
	lce-rtsa	*Ranunculus pulchellus - d.v.*
cha	*chag-ga-pa*	*lăcustă—d.a.*
	chu-sbur	*mormoloc—d.a.*
	chu-ma-rtsi	*Polygonum polystachyum—d.v.*
	chu-rtsa	*Rheum emodi, R. spiciforme—d.v.*
	chu-rug-pa	*Halerpestes sarmentosa d.v.*
	chu-shel	*cristal de stâncă—d.m.*
	chu-srin sder-mo	*Lycopodium clavatum sau Selaginella chrysocaulos—d.v.*
	mchin-pa zho-sha	*Entada scandens—d.v.*
ja	*'jam-'bras*	*Caesalpinia bonducella—d.v.*
	'jib-rtsi	*Salvia campanulata, S. hians d.v.*
nya	*nya-lcibs*	*Cyanophycee—d.v.*
	nya-phyi	*stridie perlieră—d.a.*
	nyung-ma	*Brassica rapa—d.v.*
	nyc-shmg	*Asparagus racemosus—d.v.*
	gnyan	*Antilopa cervicapra—d.a.*
	snya-lo	*Polygonum campanulatum—d.v.*
	snying-zho-sha	*Spondias axillaris—d.v.*
ta	*tang-ku*	*Cnidium dahuricum, Peucedanum sp.—d.v.*
	ti-tsha dkar-po	*zinc—d.m.*
	tig-ta	*Swertia chirayta—d.v.*
	til	*Sesamun indicum - d.v.*
	rta-lpags	*Colqhounia coccinea, Phlomis rotata—d.v.*
	rta-mig	*Viola biflora—d.v.*
	rtag-tu-ngu	*Drosera peltata, Parnassia sp.—d.v.*

	ltum-stag	*Strychnos nux vomica—d.v.*
	stag-pa	*Betula u tilis—d.v.*
	stag-ma	*Rhododendron arboreum—d.v.*
	stag-sha	*Oxytropis chiliophylla, Calophaca crassicaulis —d.v.*
	stang-zil	*turmalină—d.m.*
	star-ga	*Juglans regia—d.v.*
	star-bu	*Hippophae rhamnoides, H. salicifolia—d.v.*
	stong-ri zil-ba	*Corydalis meifolia, C. boweri, C. cashmiriana—d.v.*
tha	*tha-ram*	*Plantago major—d.v.*
	thang-phrom dkar-po	*Datura metel, D. stramonium—d v.*
	thang-phrom nag-po	*Scopolia lurida—d.v.*
	thar-nu	*Euphorbia wallichiana—d.v.*
	thal-ka rdo-rje	*Cassia tora, C. occidentalis—d.v.*
	mthing	*azurit—d.m.*
	mthing-rgyusdisten—d.m.	
	mthing-ril	*Himantopus himantopus—d.a.*
da	*dom*	*Ursus arctos—d.a.*
	da-rtig	*Rhus semialata—d.v.*
	dva-ba	*Arisaema sp.—d.v.*
	da-li	*Rhododendron anthopogon—d.v.*
	dan-rog	*Croton tiglium—d.v.*
	dan-khra	*Ricinus communis—d.v*
	dug-mo-nyung	*Holarrhena antidysenterica—d.v.*
	dung	*cochilie de melc marin—d.a.*
	dur-ba	*Cynodon dactylon—d.v.*
	dur-byid	*Euphorbia sp.—d.v.*
	dong-ga	*Cassia fistula—d.v.*
	dres-ma	*Iris decora, I. nepalensis —d.v.*
	dam-bu-ka-ra	*Juncus grisbachii sau Eleocharis palustris—d.v.*
	rdo-mkhris	*argilă glauconietică—d.m.*
	rdo-rgyus	*stibină—d.m.*
	rdo-rje pha-lam	*diamant—d.m.*
	rdo-thal	*silicat de aluminiu—d.m.*
	rdo-dreg	*lichen—d.v.*
	rd o-sol	*carbon—d.m.*
	ldum-bu re-ral	*Drynaria propinqua, D. quercifolia—d.v.*
	ldong-ros	*realgar—d.m.*
	sdig-pa	*Potamon sikkimense—d.a.*
	sd ig-pa ra-dza	*scorpion - d. a.*
	sdom	*păianjen—d.a.*
na	*ha-gi*	*pangolin- d.a.*
	na-bun bu-mo	*melc—d.a.*
	na-ram	*Polygonum macrophyllum—d.v.*
	nal	*corindon ?—d.m.*
	nas	*Hordeum hexasticum—d.v.*
	nas-zanvrabie—d.a.	
	nc-tso	*papagal—d.a.*
	gna'-ba	*Ovis ammon hodgsoni—d.a.*
	snc'u	*Chenopodium album—d.v.*
pa	*pa-yag*	*Lancea tibetica—d.v.*
	pad-me	*sangsue—d.a.*
	pad-ma-ra-ga	*rubin—d.m.*
	par-pa-ta	*Hypecoum leptocarpum—d.v.*
	pi-pi-ling	*Piper longum—d.v.*
	pu-shud	*Upupa epops—d.a.*
	pu-shel-rtsi	*Dendrobium curcuminatum sau Coelogyne cristata- d.v.*
	pri-yang-ku	*Dracocephalum tanguticum—d.v.*
	dpa'-bo dkar-po	*Phytolacca esculenta—d.v.*
	spang-rgyan	*Gentiana argentea, G. algida, G. leucomelaena și alte specii—d.v.*
	spang-spos	*Nardostachys jatamansi—d.v.*
	spang-rtsi do-bo	*Primula capitata—d.v.*
	spang-rtsi 'byar-bag-can	*Pterocephalus hookeri—d.v.*
	spang-mtshan spu-ru	*Euphrasia sp.—d.v.*
	spur-len	*cihlimbar galben—d.a.*
	spor	*Sedum sp.—d.v.*
	spos-dkar	*rădăcină de Shorea robusta—d.v.*
	spyang-kyi	*loup—d.a.*
	spyang-tsher	*Cardus sp., Cirsium sp., Echinops sp. ou Morina sp.—d.v.*
	spra-ba'i tho-gu	*Gerbera sp.—d.v.*
	spra-tshd	*ceară de albine—d.a.*
	sprang-rtsi	*miere—d.a.*
	spru-ma	*Heracleum wallichii—d.v.*
	spru-ma'i 'bu	*omidă parasită de Heracleum wallichii—d.a.*

	spre 'u	*Macaca mulatta—d.a.*
pha	*pha-bongdgo-dgo*	*Gastéromycète—d.v.*
	pha-vang long-bu	*galenă—d.m.*
	phag	*porc domestic—d.a.*
	phag-rgod	*mistreț—d.a.*
	phug-ron	*Columba rupestris—d.v.*
	phur-mong	*Artemisia sp.—d.v.*
	pho-ba-ri	*Piper nigrum—d.v.*
	phyc-ma-leb	*fluture—d.a.*
	'phyi-hu	*Marmota baybalc—d.a.*
ba	*ba-glang*	*Bostaurus—d.a*
	ba-nu	*carbonat de calciu, stalactită—d.m.*
	ba-spru	*Mirabilis himalaica—d.v.*
	ba-bla	*orpiment - d.m.*
	ba-tsha	*salpetru format pe ziduri vechi—d.m.*
	ba-ru-ra	*Terminalia bolerica—d.v.*
	bu-lc-ka	*Aristolochia griffithii—d.v.*
	ba-sha-ka	*Adhatoda vasica—d.v.*
	bil-ba	*Cucurbitacee—d.v.*
	bul-tog	*natron—d.m.*
	baidurya	*beryl—d.m.*
	bong-nga dkar-po	*Aconitum naviculare, A. grandiflorum—d.v.*
	bong-nag	*Aconitum ferox, A. spicatum—d.v.*
	bya-rkang-pa	*Delphinium viscosum, D. grandiflorum—d.v.*
	bya-khra	*Falco subbuteo—d.a.*
	bya-rgod	*Gyps himalayensis—d.a.*
	bya-rgod-spos	*Delphinium cashmirianum, D. brunonianum - d.v.*
	bya-pho rtsi-rtsi	*Fritillaria ?—d.v.*
	bya-ma-hyi	*Petaurista petaurista—d.a.*
	bya-vang	*liliac—d.a.*
	bya-rog	*Corvus corax—d.a.*
	bya-rog nyun pma	*Cirsium sp —d.v.*
	byang-pa	*cantharidă—d.a.*
	byi-ba	*șoarece—d.a.*
	byi-tang-ga	*Embelia ribes—d.v.*
	byi-tsher	*Xanthium strumarium—d.v.*
	byi-rug	*Elsholtzia strobilifera sau Nepeta japonica—d.v.*
	byi-shing d kar-mo	*Sedum sp.—d.v.*
	byi'u khra	*Falco tinnunculus—d.a.*
	byi'u mgo	*rhynchonelles—d.m.*
	bying-bying thu-lu	*scarabeu— d.a.*
	byu-ru	*coral—d.m.*
	byi'u la-phug	*Dontostemon pectinatus—d. v.*
	bru-bo	*Fagopyrum esculentum, F. tataricum—d.v.*
	brag-skya ha-bo	*Corallodiscus kingianus—d.v.*
	brag-lcam	*Bergenia ciliata—d.v.*
	brag-spos	*Lepisorus scolopendrium—d.v.*
	brag-zhun	*bitum—d.m.*
	bre-ga	*Thlaspi arvense—d.v.*
	d bang-lag	*Orchis incarnata—d.v.*
	dbyar-rtsa dgun-'bu	*Cordyceps sinensis—d.a.*
	dbyi-mong	*Clematis montana, C. connata—d.v.*
	'bu-su hanB	*Trigonella pubescens sau Medicago sp.—d.v.*
	'bra-go	*Zizyphus—d.v.*
	'bras	*Oryza sativa—d.v.*
	'bn-ra sa-'dzin	*Fragaria indica - d.v.*
	'bri-mog	*Onosma echioides—d.v.*
	'brug-rus	*os fosil—d.m.*
	rba-hya	*Cinclus cinclus—d.a.*
	sben-ma	*Potentilla fruticosa ? —d.v.*
ma	*ma-gal*	*Debregeasia salicifolia—d.v.*
	manyidza-ra	*cochilie fosilă—d.m.*
	ma-nu-pa-tra	*Inula racemosa—d.v.*
	ma-ru-rtse	*Butea frondosa—d.v.*
	ma-sha	*Phaseolus, Vigna sau Dolichos—d.v.*
	marga-tasmarald—d.m.	
	ming-can	*Aster heliolepis—d.v.*
	mu-tig	*perlă finâ—d.m.*
	mu-menlapis lazuli—d.m.	
	me-shel	*lentilă de sticlă sau cristal de stâncă—d.m.*
	mo-rde'u	*calculi renali—d.v.*
	mon-cha-ra	*Quercus lanuginosa—d.v.*

	mon-sran	*Vicia sp.—d.v.*
	myang-rtsi-spras	*Coptis teetoides—d.v.*
	rma-bya	*Pavo cristatus—d.a.*
	rma-bya 'i gd ong	*Adiantum venustum - d.v.*
	rmigs-bu	*șopârlă—d.a.*
	smag	*rumegus de lemn atacat de ciuperci—d.v.*
	sman-sga	*Zingiber officinalis—d.v.*
	smug-chung mdenyon	*Meconopsis sp.—d.v.*
	smug-stag	*Neofelis nebulosa—d.a.*
	smyug-ma	*Arundinaria hookeriana sau Phyllostachys sp.—d.v.*
tsa	*tsan-dan dkar-po*	*Santalum album—d.v.*
	tsan-dan dmar-po	*Pterocarpus santalinus—d.v.*
	tsam-pa-ka	*Oroxylum indicum—d.v.*
	tsi-tra-ka	*Capsicum annuum frutescens - d.v.*
	btsag	*ocru—d.m.*
	btsong	*Allium cepa—d.v.*
	gtsod	*Pantholops hodgsoni—d.a.*
	btsod	*Ruhia cordifolia—d.v.*
	rtsa-khu-byug	*Equisetum debile—d.v.*
	rtsa-mkhns	*Sonchus sp. sau Ixeris gracilis—d.v.*
	rtsad	*Pleurospermum sp.—d.v.*
tsha	*tsha-la*	*borax—d.m.*
	tshan	*Sedum sp.—d.v.*
	tshar-bong	*Artemisia vulgaris—d.v.*
	m tshe	*Ephedra gerardiana—d.v.*
dza	*dza-ti*	*Myristica fragrans—d.v.*
	mdzo	*vaca mâțis: Bos taurus x Phocphagus grunniens — d.a.*
	mdzo-mo-shing	*Caragana gerardiarla—d.v.*
wa	*wa*	*vulpe—d.a.*
zha	*zha-nye*	*plumb—d.m.*
	zhu-mkhan	*Symplocos crataegoides—d.v.*
za	*zva*	*Urtica angustifolia, U. macrorrhiza—d.v.*
	zang	*scupru—d.m.*
	zangs-tdo	*minereu de cupru—d.m.*
	zangs-rtsi-ba	*Galium spurium—d.v.*
	zar-ma	*Linum sativum—d.v.*
	zi-ra dkar-po	*Cuminum cyminum—d.v.*
	zi-ra nag-po	*Nigella sativa—d.v.*
	zin tig dkar-po	*Eriophylon wallichianum—d.v.*
	zc-ttha	*salpetru format în pământ—d.m.*
	zer-mo	*Pueraria macrolopha—d.a.*
	gzig	*Panthera nucia—d.a.*
	gzugs-mo	*Hystrix indica—d.a.*
	gze-ma	*Tribulus terrestris—d.v.*
'a	*'u su*	*Coriandrum sativum—d.v.*
	'ug-pahufniță—d.a.	
	'om-bu	*Myricaria rosea—d.v.*
	'ol-ba	*Falco cherrug—d.a.*
	'ol-mo-se	*Podophyllum hexandrum—d.v.*
ya	*ya-bagsha-ra*	*aragonit—d.m.*
	yu-gu-shing	*Cacalia quinquelobus ou Senecio dianthus—d.v.*
	yung-ba	*Curcuma longa—d.v.*
	yungs-dkar	*Sinapis alba—d.v.*
	yungs-nag	*Brassica nigra—d.v.*
	yo-'bog	*Ulmus pumila—d.v.*
	gyag	*Phosphagus grunniens (yak)—d.a.*
	gyag-rgod	*iak sălbatic—d.a.*
	gy'a kyi ma	*Chrysosplenium nepalense—d.v.*
	gyu	*turcoarză—d.m.*
	gyer-ma	*Xanthoxylum alatum—d.v.*
ra	*ra*	*capră—d.a.*
	ra-rgod	*Hemitragus jemlahicus—d.a.*
	ra-mnye	*Polygonatum cirrhifolium, P. verticillatum, P. cathcartii, P. officinale—d.v.*
	ras-bal	*bumbac—d.v.*
	ri-sgog	*Allium nepalensis, A. hispidum—d.v.*
	ri-bong	*iepure—d.a.*
	ri-hya	*Catreus wallichil—d.a.*
	ru-rta	*Saussurea lappa—d.v.*
	ru-raksha	*Elaeocarpus sphAericus—d.v.*
	rus-spal	*broască țestoasă—d.a.*
	re-skon-pa	*Corydalis sp.—d.v.*
	re-lcag	*Stellera chamaejasme—d.v.*
la	*la-cha*	*ceară de sigiliu—d.a.*

	la-phug	*Raphanus sativus—d.v.*
	la-la-phud	*Trachyspermum ammi—d.v.*
	lang-thang-rtsi	*Hyoscyamus niger—d.v.*
	lan-tsha	*sare de bucătărie—d.m.*
	li-khri	*minium—d.m.*
	li-shi	*Eugenia caryophyllata—d.v.*
	lug	*sare—d.a.*
	lug-ngal	*Corydalis meifolia—d.v.*
	lug-chung	*Aster strachei—d.v.*
	lug-mig	*Aster barbellatus, A. hedini—d.v.*
	lug-rtsi do-bo	*Saussurea uniflora—d.v.*
	lug-mur	*Phlomis kawaguchii—d.v.*
	lug-ru smug-po	*Pedicularis siphonanta—d.v.*
	lug-ru ser-po	*Pedicularis longiflora—d.v.*
	lung-thang	*Sapindus mukorossi —d.v.*
sha	*sha-ba*	*Cervus elaphushanglu Wagner—d.a.*
	sha-mong	*Psalliote—d.v.*
	shang-dril	*Primula capitata, P. sikkimensis—d.v.*
	shangka-shi-la	*alabastru—d.m.*
	shing-kun	*rădăcina de Ferula assa foetida—d.v.*
	shing-mngar	*Glycyrrhiza glabra—d.v.*
	shing-tsha	*Cinnamomum zeylanicum—d.v.*
	shing-rta-mo	*Picus squamatus—d.a.*
	shu-dag	*Acorus calamus, A. gramineus—d.v.*
	shu-mo-za	*Trigonella foenum graecum—d.v.*
	shug-pa	*Juniperus pseudo-sabina, J. recuna, J. indica, J. squamata- d.v.*
	shel	*cuarț—d.m.*
	shel-ta	*rădăcina de pin—d.v.*
	sho	*Rumex nepalensis, R. acetosa sau Acalypha australis—d.v.*
	ri-sho	*Ligularia laesicotal—d.v.*
	sga-sho	*Cremanthodium sp.—d.v.*
	gsh'a-dkar	*staniu—d.m.*
sa	*sa-bras*	*Eugenia jambolana—d.v.*
	sa-rdzi-ka	*Ustilago sp.—d.v.*
	sindhura	*ocru—d.m.*
	sug-pa	*Saponaria sp. —d.v.*
	sug-smel	*Elettaria cardamomum—d.v.*
	sum-cu-tig	*Saxifraga pasumensis.—d.v.*
	se-rgod	*Rosa sericea, R. macrophylla—d.v.*
	se-bru	*Punica granatum—d.v.*
	se-yab	*Aegle marmelos—d.v.*
	seng-ldeng	*Acacia catechu—d.v.*
	ser-tshur	*alaun—d.m.*
	so-ba	*orz nedecorticat—d.v.*
	so-ma-ra-dza	*Hibiscus abelmoschus—d.v.*
	so-ma-ra-dza nag-po	*Cannabis sativa—d.v.*
	sog-ka-pa	*Capsella bursa pastoris—d.v.*
	som-thang-shing	*Abies spectabilis—d.v.*
	srad-ma	*Astragalus sp., Hedysarum sp. sau Thermopsis barbata- d.v.*
	sran-chung	*Pisum sativum—d.v.*
	sran-ma	*Lathyrus sp.—d.v.*
	sran-zlum	*Dolichos sp.—d.v.*
	sram	*vidră—d.a.*
	srin-bya	*cucuveа—d.a.*
	srub-ka	*gălbenele—d.v.*
	sre-da	*oc sălbatic—d.v.*
	sre-mong	*Mustela—d.a.*
	sreg-pa	*Perdrix hodgsoniae—d.a.*
	srol-gong	*Soroseris hookeriana—d.v.*
	stc-tres	*Tinospora cordifolia—d.v.*
	bse-shur	*ploșniță—d.a.*
	gser	*aur—d.m.*
	gser-skud	*Cuscuta sinensis—d.v.*
	gsergi bye-ma	*nisip aurifer—d.m.*
	gsergyi me-tog	*Herpetospermum caudigerum—d.v.*
	gser-tig	*Swertia angustifolia ?—d.v.*
	bse-ru	*rinocer—d.a.*
ha	*ha-lodmar-po*	*Althaea rosea—d.v.*
	ha-shig	*mică— d.m.*
	hong-len	*Picrorhiza scrophulariaefolia—d.v.*
	lhang-tsher	*mică albă și neagră—d.m.*
a	*a-ga-ru*	*Aquilaria agallocha—d.v.*
	a-krong	*Arenaria glanduligera, A. capillaris—d.v.*

a-ba	*Carex sp. - d.v.*
a-bi sha	*Fritillaria cirrhosa sau Lilium nepalense—d.v.*
a-byag-tcr-po	*Chrysanthemum tatsienense—d.v.*
a-byag tsher sngon	*Meconopsis horridula, M. paniculata—d.v.*
a-ru-ra	*Terminalia chebula—d.v.*
indra-ni-la	*safir—d.m.*
ug-chos	*Incarvillea younghusbandii—d.v.*
utpal	*Meconopsis discigera și alte specii—d.v.*

Preparatele medicamentoase formează a treia din cele patru mari grupe de „antagoniste terapeutice" (*gnyen-po*) după modul de viață și dietetică și înainte de intervenții.

Se disting medicamentele care liniștesc (*zhi*) și cele care evacuează *(sbyang).*

Medicamentele care liniștesc

/4V3/ „Decocturile (*thang*) cu potențialități incisive și rapide, al căror scop este să înceapă prin a maturiza (*smin*), colecta (*sdud*) și disocia (*'byed*) umoarea morbindă. Urmează prafurile (bye-ma) folosite în cazurile de rezistență la decocturi. Apoi, pastilele (*ril-bu*) în cazul în care prafurile nu au efect. Aluaturile (*ldè-gu*) servesc la extragerea rămășițelor morbide cronice și rezistente. Unturile medicinale (*sman-mar*) fortifică trupul și limpezesc simțurile... Cenușa medicinală (*thal-sman*) elimină în special bolile reci. Extrasele *(khanda)* sunt indicate în special în bolile calde, iar berea medicinală (*sman-chang*) în dezechilibrele cu participarea pneumei... Preparatele din materiale prețioase (*rin-po-che sman*) sunt folosite în tratamentul bolilor bogate sau în lupta contra bolilor rezistente altor preparate care liniștesc. Medicamentele simple (*sngo-sbyor*) sunt folosite în tratarea pacienților săraci în cazul unei boli apărute pe neașteptate".

Medicamentele care evacuează:

/4V3/ „Administrarea grăsimilor *(snum-'chos)*, ca și pregătirea celor cinci moduri de evacuare (*las lnga*), inclusiv purgativele (*bshal*), care evacuează bila morbidă etc. pe la bază, vomitivele (*skyug*) care elimină flegma morbidă etc.,

substanţele care provoacă strănutul (*sna-sman*), care elimină afecţiunile localizate deasupra claviculelor, spălăturile uşoare (*'jam-rtsi*), care evacuează afecţiunile pneumei şi intestinului şi spălăturile profunde (*ni-ru-ha*), care elimină în forţă balonarea abdominală (*lto-sbos*) şi retenţiile urinare etc. În sfârşit, purgaţia prin canale (*rtsa nas sbyang*) care permite înlăturarea bolilor rezistente la alte medicamente care evacuează".

Pentru fiecare dintre aceste medicaţii există câte un capitol în Tratatul Final, incluzând formulele de preparare şi modul de administrare. Acesta din urmă poate fi complex, ca în cazul medicamentelor care evacuează şi necesită o pregătire a bolnavului, ca şi îngrijiri în timpul tratamentului evacuator propriu-zis. Sunt date indicaţiile şi contraindicaţiile medicamentelor evacuatoare ca şi efectele lor secundare, astfel încât să poată fi stăpânite (*log-gnon*).

Fiecare formulă conţine de obicei un medicament „de bază" (*gtso-bo*) care predomină şi care îi dă numele.

Astfel, praful numit *gur-gum bdun-pa* este un preparat din 7 (*bdun*) ingrediente având la bază *crocus sativus* (*gur-gum*). Acolo unde componenta de bază determină acţiunea globală a preparatului: sedaţia pneumei, eliminarea bilei, liniştirea febrelor etc., medicamentele adiacente (*kha bsgyur*), adăugate preparatului elementar „îl orientează" (acesta este sensul literal al *kha bsgyur*) determinându-i specificacitatea. Astfel, pentru cele 42 de preparate febrifuge cu 7 ingrediente având la bază *crocus sativus (gur-gum bdun-pa)*, medicamentele principale sunt: *crocus sativus*, mana bambusului — siliciu depus pe trunchiul bambusului (*cu-gang*) şi bezoar (*gi-vang*) (4T4). Sunt adăugate următoarele componente:

— *herpetosperum caudigerum, eugenia caryophyllata. terminalia chebula* şi *piper longum*, în cazul febrei splinei.

— *meconopsis nepalensis, adathoda vasica, dracocephalum tanguticum* şi bitum, în cazul febrei ficatului.

— *elletaria cardamomum* bitum, *juniperus recurva* şi *terminalia chebula* în cazul febrei rinichilor.

Anumite componente adiacente au şi funcţia de a combate efectele secundare ale componentei principale. Astfel, se recomandă prepararea „solitară" a camforului pentru combaterea creşterii febrei. Camforul trebuie diluat cu apa, adăugându-i-se apoi mana de bambus (*cu-gang*).

/4V4/ „Ideea că mana de bambus joacă aici rolul de aliat al camforului în combaterea bolii este falsă. Camforul se aseamănă cu omul sălbatic[1], care poate învinge fără ajutor numeroase animale mari sau mici. Atunci pentru ce este necesară adăugarea (*grogs*) manei de camfor? Deşi camforul este regele doctoriilor (*febrifuge*), rolul său asupra febrei are două tăişuri (*tshar-bar ldog*) din cauza potenţialităţii sale aspre, în cazul în care nu este însoţit de ministrul său, mana de bambus... Deşi foalele sunt reci, ale ajută focul[2]. Astfel, atunci când excesiva asperitate (a camforului) a fost neutralizată de mana de bambus, acesta devine medicamentul ideal împotriva febrei".

Alegerea excipientului (*sman-rta*: „purtătorul medicamentului"): zahăr alb, melasă sau miere, în funcţie de natura caldă sau rece a bolii. La fel în cazul apei: clocotită şi fierbinte sau fiartă şi apoi răcită sau apă dezgheţată, în cazul administrării per os.

Medicamentele „evacuatoare", cum ar fi purgativele sau vomitivele, vor fi administrate la momentul potrivit:

/4T14/ „Nici o umoare morbidă nu trebuie evacuată atunci când este matură, concentrată, înălţată, în creştere sau

[1] Celebrul „abominabil om al zăpezilor".

[2] Camforul este prin natura sa rece, februfug. În schimb, potenţialitatea sa aspră creşte febra prin stimularea pneumei. Administrat ca atare, atâţă focul febrei asemenea foalelor.

aglomerată în bloc. Dacă (evacuarea este prea) precoce, umoarea nu este extrasă din rădăcină. Dacă este tardivă, umoarea creşte (din nou)".

De asemenea, este necesar ca intensitatea procesului „evacuării" să fie adaptată stării generale a pacientului.

„Purgaţia canalelor" (*rtsa-sbyang*) este un procedeu complex expus căruia îi este consacrat capitolul 19 al Tratatului Final. Principalul medicament este *byang-pa*, cantarida. Este vorba despre un coleopter din familia meloides care este folosit sub formă de pulbere în numeroase ţări ca revulsiv. Per os, are un efect afrodisiac. Tratatul Final descrie iritaţia căilor genito-urinare rezultată din administrarea acestui produs.

„Intervenţiile" (dpyad)

Acest titlu desemnează, de fapt, toate acţiunile terapeutice externe.

> /4V3/ „Luarea de sânge (*gtar*) înlătură resturile morbide calde. Moxibustiunea (*me-btsas bsreg-pa*) neutralizează puterea bolilor reci. Aplicaţiile externe (*dugs*) combat dezechilibrele asociate în care predomină flegma. În sfârşit, chirurgia (*thur-ma'i dpyad*) permite controlul cazurilor rebele în intervenţiile precedente".

Luarea de sânge (4T20)

Aceasta trebuie să fie precedată de 3-5 zile în care să fie administrate decocturile pentru „ca ceea ce este crud să se coacă, iar sângele normal să se separe de sângele patologic". Acest procedeu trebuie să permită numai evacuarea sângelui patologic (*nad khrad*) prin punctele specifice. Topografia celor 79 de puncte specifice ca şi indicaţiile terapeutice respective sunt descrise cu

precizie. Se folosesc bisturiuri (*gtsags-bu*) de forme diferite, în funcţie de localizarea venelor.

Moxibustiunea (4T21)

Aceasta constă în arderea unor mici conuri fabricate din foi uscate de gerbera (*spra-ba*) pe diferite zone ale trupului. Dimensiunea acestor conuri este în funcţie de punctul de moxibustiune şi de afecţiunea care trebuie tratată. Ele variază de la mărimea „unei extremităţi a degetului mic" în cazul capului, membrelor şi părţii anterioare a trunchiului, până la cea a unui fruct de *terminalia chebula* pentru „umflături" (*'bras*) şi tumori (*skran*).

Topografia celor 71 de puncte de moxibustiune (*me-dmigs*) este descrisă detaliat (fig. 29), o dată cu indicaţiile terapeutice respective. Doctorul va putea, de asemenea, să recunoască aceste puncte prin uşurarea simţită de bolnav atunci când se exercită o presiune cu ajutorul degetului.

Aplicaţiile externe (4T22)

Ele sunt calde (*drod-dugs*) sau reci (*bsil-dugs*) în funcţie de natura afecţiunii în cauză şi constau în aplicarea în diferite puncte ale corpului a diferitor agenţi ca: pansamente umede, pietre, cataplasme, cărămizi încălzite etc.

Îngrijirea şi băile medicale (4T23)

Se recurge la izvoare termale sau la preparate medicinale. Izvoarele calde, deseori sulfuroase, sunt răspândite în Tibet. bolnavii venind deseori de departe şi petrecând 2-3 săptămâni în apropierea acestor izvoare, locuind în corturi. În general, ei fac câte două băi pe zi prin imersiune sau aspersiune. Apa termală poate fi administrată şi per os în cazul tulburărilor gastro-intestinale.

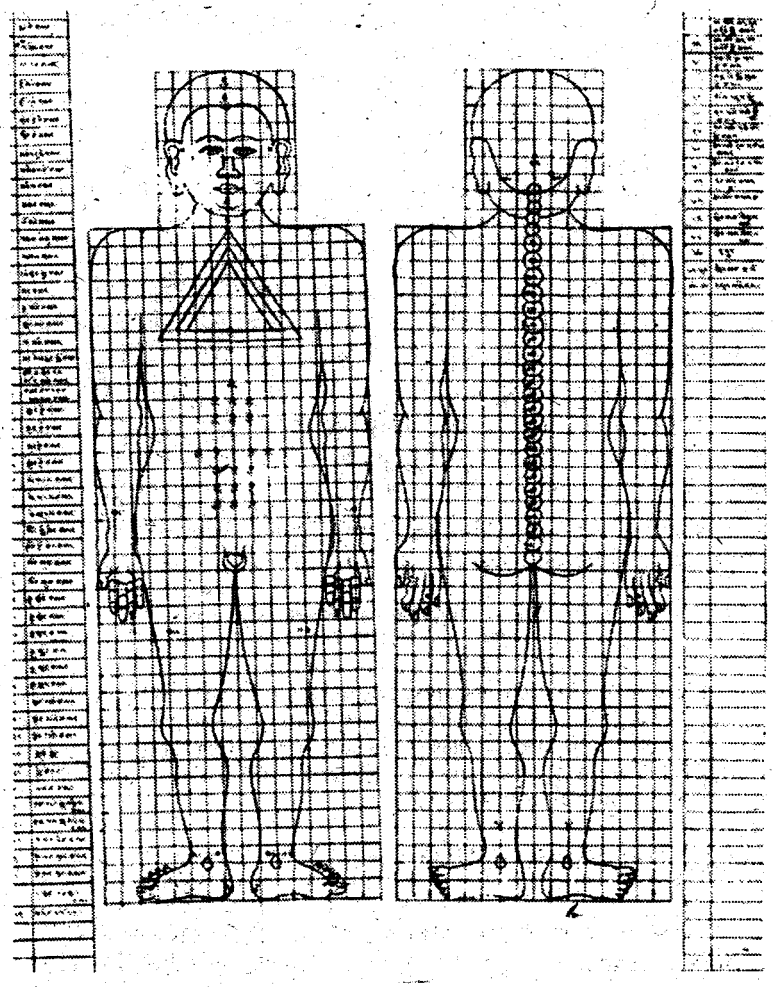


Fig. 29 — Planșă indicând topografia punctelor de moxibustiune tibetană după *Rgyud-bzhi*. (A. Kunsang și F. Meyer).

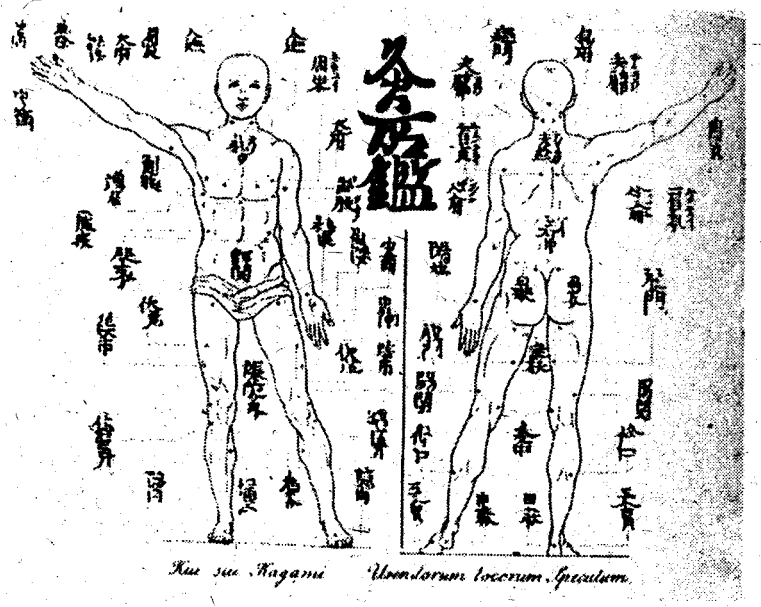


Fig. 30 — Planșă cu punctele de moxibustiune chineză. După Veith I., 1972.

Intervențiile chirurgicale (4T25)

Ele constau în principal în incizia abceselor și extracția corpurilor străine. Instrumentația medicală: pense, stilete (*thur-ma*), sonde, clistire, forceps, trepan, rectoscop etc. — este descrisă în capitolul 22 al Tratatului Explicativ (fig. 31).Cea mai mare parte a acestor instrumente, care este împrumutată din medicina ayurvedică nu mai este folosită în Tibet. Topografia punctelor de intervenție (*gsang-sa*), indicată în detaliu, are ca scop principal evitarea leziunii „punctelor vulnerabile" (*gnyan-pa'i gnad*).

Principii terapeutice (gso-ba'i tshul)

/2T27/ „Deşi tehnicile terapeutice sunt nenumărate, ele nu pot decât să aducă o rază de lumină în obscuritate, dacă principiile terapeutice au dat greş".

Principii generale

Umoarea patogenă trebuie tratată în momentul în care s-a acumulat în propriul sediu, înainte de a începe să crească şi să dăuneze altor umori.

Ea trebuie „liniştită" în stadiul de acumulare şi „evacuată" atunci când începe să crească.

Medicamentele pot fi administrate în 6 moduri: pe stomacul gol, înainte de masă, după masă etc., în funcţie de boala tratată.

Când umoarea e liniştită, tratamentul trebuie întrerupt pentru a fi evitate bolile iatrogene.

Cele 9 principii specifice /2T28/

În cazul impreciziei diagnosticului trebuie încercat un tratament prin „*flèshes-test*"[1] (*shad-md'a*) şi apoi ales tratamentul în funcţie de rezultat „precum se pregăteşte un pisoi să prindă un şoarece".

Când diagnosticul este sigur, trebuie declarat în mod clar: „Afecţiunea este aceasta, a apărut ca efect al acestor cauze prime şi acestor cauze declanşatoare. Va evolua în cutare fel şi, dacă acest tratament va fi aplicat, vindecarea se va produce după atât timp. Dacă vindecarea nu este posibilă, trebuie anunţat momentul morţii"/2T28/.

Dacă terapeutica „nu are impact" din cauza factorilor auxiliari (*grogs*) ai dezechilibrului principal trebuie „sesizată dezvoltarea

[1] „*Fleshes-test*" — ele sunt decocturi care permit testarea sensibilităţii afecţiunii la diverse medicamente. Dacă este suspectat, de exemplu, un dezechilibru al pneumei, administrarea unei fierturi de oase poate atenua simptomele.

fiecărui dezechilibru" („maturizarea", „acumularea" şi „disocierea") „precum un cal sălbatic pe care îl conduci spre centru"[1].

În cazul în care boala a rezistat ingrijirilor date de un alt doctor trebuie să se determine mai întâi dacă tratamentul anterior a fost excesiv sau eronat; apoi boala trebuie tratată cu precizie „aşa cum un bâtlan prinde peştii".

Afecţiunile foarte severe trebuie tratate prin asocierea medicamentelor, intervenţiilor, dietei şi modului de viaţă şi procedat aşa cum faci când „întâlneşti un duşman de moarte pe o bârnă".

În cazul afecţiunilor benigne se apelează în mod succesiv la modul de viaţă, dieta, droguri şi intervenţii „aşa cum se urcă o scară pas cu pas".

Dezechilibrele izolate ale unei umori trebuie combătute fără a afecta celelalte umori „aşa cum un erou îşi supune duşmanul".

Dezechilibrele izolate ale unei umori trebuie combătute fără a afecta celelalte umori „aşa cum un erou îşi supune duşmanul".

Dezechilibrele asociate trebuie combătute în mod imparţial (fără exces pentru o umoare sau alta) „aşa cum un şef aplanează o ceartă de familie".

Intensitatea tratamentului trebuie adaptată în funcţie de 10 criterii: structură, loc, anotimp, temperamentul bolnavului, vârstă etc. „aşa cum vacile (*mdzo*) şi oile duc fiecare povara lor".

Terapeutici nemedicale

Acestea sunt foarte numeroase şi pot fi folosite izolat sau în asociere cu terapeuticile propriu-zis medicale. Ele joacă un rol din ce în ce mai important, pe măsură ce se face trecerea de la medicina tradiţională, savantă, la medicina populară „de ţară".

Totuşi, *Rgyud-bzhi* nu le ignoră: exorcismele sunt indicate în cazul acţiunii spiritelor rele (*gdon*). Trebuie practicate virtuţile,

[1] Este vorba, fără îndoială, de stăpânirea cursei nebune a unui cal sălbatic.

pelerinajele la locuri sfinte, citirea sau recitarea cărţilor sfinte etc. în cazul bolilor care provin din acţiunile rele trecute, trebuie practicate ritualurile de „chemare a sufletului" atunci când acesta a părăsit corpul sau a fost încătuşat de un demon.

Trebuie citate, de asemenea, medicamentele consacrate de marile autorităţi religioase (*chos-sman*), folosirea formulelor magice scrise pe foile de hârtie, rolul jucat de mediumuri şi tantrişti etc. Descrierea acestor practici nu poate fi prezentată aici, căci, în ciuda funcţiei lor terapeutice deosebit de importante, ies din cadrul simplei medicini.

Terapeutul

Capitolul 31 din Tratatul Explicativ schiţează portretul medicului ideal. El trebuie să satisfacă „6 cerinţe primordiale" (*rgyu*): să posede cunoştinţe vaste, să aibă un spirit de Fiinţă gata de Iluminare (*Bodhisattva*) care se consacră tuturor creaturilor, să deţină secretele consacrării, să aibă un bun control asupra corpului, cuvântului şi spiritului, să fie asiduu în muncă şi să se conformeze obiceiurilor acestei lumi (*mi-chos*) practicând în acelaşi timp Nobila Lege religioasă. Viitorul doctor trebuie să acumuleze mai întâi o solidă cultură de bază şi să caute apoi un maestru care să vrea să-i transmită învăţătura. În medicină, ca şi în religie, ascultarea şi devoţiunea faţă de maestru trebuie să se manifeste în toate acţiunile. Pe timpuri, învăţătura medicală putea fi obţinută în două feluri: pe lângă un doctor „instalat" care o transmitea fiilor săi sau unor elevi din zonă sau studiind-o într-unul din puţinele colegii de medicină aflate în marile mânăstiri.

În primul caz, învăţarea medicinei era deseori scurtă şi rudimentară. Aşa se întâmpla cu majoritatea doctorilor care profesau departe de marile centre monastice. Nu existau doctori cu simţ profesional în sensul pe care îl dăm acum acestei expresii,

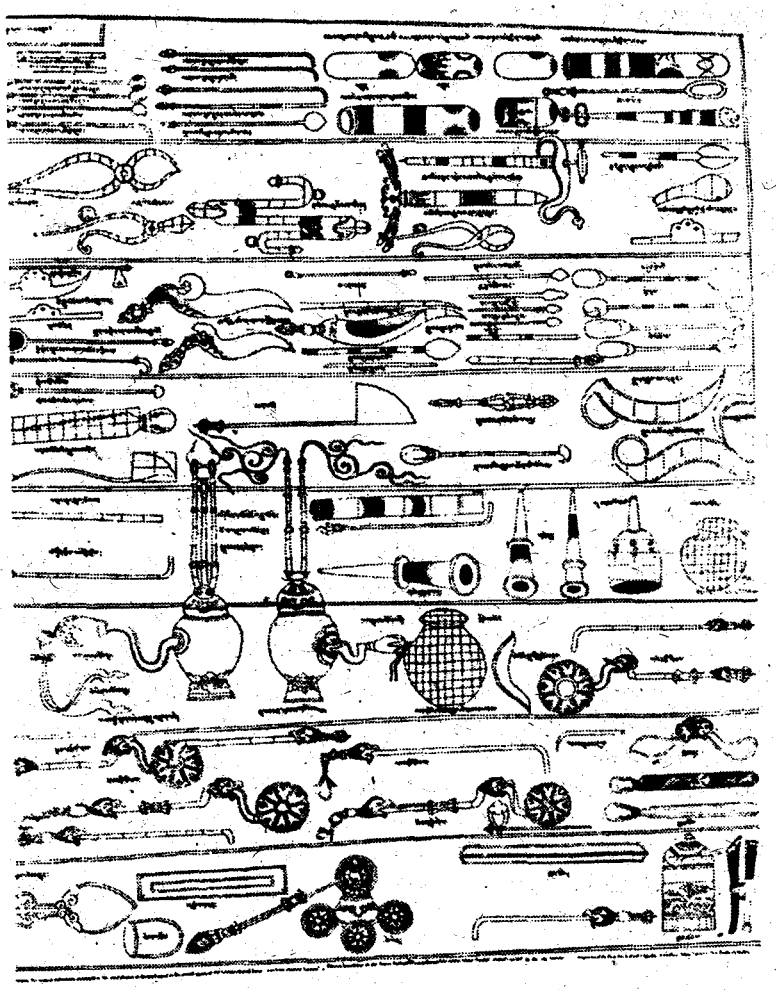


Fig. 31 — Planşă de instrumentaţie medicală şi chirurgicală.
Ed. Lokesh Chandra, New Delhi, 1971.

activitatea unui om nerezumându-se niciodată la practica medicală. Doctorul era înainte de toate un cleric, călugăr sau căsătorit. Doctorii laici erau o excepție. În centrele monastice studiile de medicină se puteau desfășura de-a lungul a peste șase ani. Un anumit număr de călugări educați cunoșteau *Rgyud-bzhi* fără a urmări totuși practicarea medicinei. Pentru ei, acest lucru era mai degrabă un element de cultură medicală. În sfârșit, trebuie să precizăm că în afara marilor mânăstiri, și a orașelor ca Lhasa, densitatea medicilor era foarte redusă.

Deci, nu putem vorbi despre „doctorul tibetan", căci în Tibet nu a existat o profesie medicală standardizată, serviciile medicale fiind prestate de o largă categorie de persoane începând cu călugărul educat și savant și până la vindecătorul din sate.

Amchi Kunsang, de exemplu, deținea o rezervă de material medical incluzând aproximativ 210 produse, aproape 60 de minerale și circa 30 de medicamente de proveniență animală. Anumite medicamente ca mercurul, trebuiau supuse unor lungi tratamente de detoxificare, iar farmacia sa includea 85 de preparate având de la 5 la 15 ingrediente. Aceste preparate erau, în general, sub formă de pastile și prafuri. Acestea din urmă erau dozate cu ajutorul unei spatule speciale. Amchi Kunsang examina în jur de 25-30 de persoane pe zi, în special luându-le pulsul, bolnavul plătind numai prețul fabricării medicamentelor. De asemenea, recurgea la moxibustiune și la tehnica „acelor de aur" (*gser-khab*) o formă de moxibustiune prin intermediul unui ac care servește de suport. Această tehnică, frecvent folosită de doctorii tibetani, nu este descrisă în *Rgyud-bzhi*.

Din contră, în satele izolate, materialul medical este mult mai puțin bogat. Am găsit rezerve de 30 până la 60 de medicamente vegetale, o duzină de minerale și cam tot atâtea produse animale. Deseori, doctorul se aproviziona cu plante numai la nevoie, iar preparațiile farmaceutice erau foarte rare. Doctorii de la sate și majoritatea practicanților tantriști preferau ritualurile de exorcism simplei administrări de medicamente. În schimb, moxibustiunea și cauterizarea erau foarte apreciate și practicate în mod curent.

CONCLUZII

Medicina tibetană, sistem complex de prevenire și îngrijire, cuprinde elemente de naturi și origini diferite. Conturarea formei în care o cunoaștem astăzi a început în secolele VII-VIII grație traducerii textelor esențiale de medicină indiană și chineză. Nu există nici un indiciu care ne-ar lăsa să credem că ar fi existat înainte un domeniu medical independent de zona magico-religioasă, dar, datorită textelor antice ale lui Tun-Huang cunoaștem rolul jucat de *gshen* și *bon-po* în divinația folosită la căutarea originii bolilor într-o posesiune demonică sau în agresiunile unor divinități furioase. Acest diagnostic era în mod necesar urmat de ritualuri, exorcisme, purificări, mijlociri și ofrande. Dimpotrivă, literatura medicală clasică împrumutată din India avea o demonologie foarte săracă; teoria sa umorală încerca să clasifice faptele de observație după criterii raționale și după un număr limitat de legi naturale și universale. Influența budistă, prezentă în mod superficial în anumite texte medicale indiene, a crescut în Tibet și am văzut cum medicina tibetană s-a inspirat și din Tantra. Din sursele chineze ea nu a împrumutat decât luarea pulsului, moxibustiunea și împărțirea în organe pline și cavități. Sursele diferite, deseori incompatibile la origine, dau, la rândul lor, un caracter polimorf teoriei și practicii medicale tibetane; aceasta ar apărea eteroclită, fără marele efort de inteligență prin care diversele

elemente au fost integrate într-un sistem coerent conținând reprezentări culturale ale întregii societăți.

Tradiția ayurvedică indiană a furnizat speculații foarte elaborate privind fiziologia, fiziopatologia și terapeutica. Budismul, prin ideea celor trei otrăvuri morale a permis atașarea teoriei medicale unei singure surse, Ignoranța, din care ia naștere existența fenomenală și suferința ei inerentă. În sfârșit, anatomia mistică a Tantrei e un element de legătură între observațiile născute din practică, teoria chineză a pulsului, concepțiile umorale indiene și simbolistica budistă. Trebuie să amintim și modificările suferite de sfigmologia chineză prin integrarea în medicina tibetană și prin adaptarea parțială la cele trei umori ayurvedice. Sistemul canalelor, dezvoltat în *Rgyud-bzhi*, nu reușește, de fapt, să aducă o justificare teoretică diagnosticării prin luarea pulsului. Examenul urinei, aparent propriu Tibetului, ne trimite totuși la fiziologia indiană și la bogata ei farmacopee adunată la rândul său din diverse surse. În sfârșit, medicina tibetană include, chiar și în literatura sa cea mai savantă, elemente iraționale: zei și demoni, divinități ale solului, teoria sufletelor, divinație etc., împrumutate din tradițiile populare autohtone. Evoluția istorică a științei medicale în Tibet rămâne în continuare prea puțin cunoscută pentru a ne permite să îi stabilim cronologia. Am putut, totuși, să arătăm rolul determinant pe care l-a jucat în sec. al XVII-lea regentul Sangs-rgyas Rgya-mtsho în elaborarea lui *Rgyud-bzhi*; aceasta este forma pe care o cunoaștem noi și ea rămâne până în zilele noastre lucrarea fundamentală a medicinei tibetane. Fără îndoială, datorăm geniului său ori al unui autor necunoscut această magnifică sinteză; intenția didactică s-a obiectivat, de asemenea, prin elaborarea unui ansamblu iconografic ilustrativ și prin fondarea unui colegiu de medicină.

Acest Tratat Cvadruplu stă, în parte, la originea unei standardizări a artei vindecării în Tibet. Întâlnim și azi o gamă largă de terapeuți începând cu erudiți lama, apropiați de idealul din *Rgyud-bzhi* și până la vindecătorii din sate, care sunt deseori tantriști cu sumare cunoștințe medicale; aceștia preferă deseori să recurgă la exorcisme decât la preparate complexe medicamentoase.

În sfârșit, nu trebuie să uităm că bolnavul poate apela și la serviciile religioase ale călugărilor sau la puterile supranaturale ale unui medium.

Din punct de vedere științific, integrarea acestor elemente în sistemul medical este aparentă; în schimb, în propriul său context cultural se ajunge la o concepție armonioasă și globală a universului și a vieții, în care boala ocupă un loc natural. Păstrarea sau regăsirea stării de sănătate (*dge-ba*) se supune în mod necesar legilor organice după care corpul trebuie să fie solidar cu universul. Aici, medicina este o artă a vieții. Desigur, ea nu este științifică, dar, ca majoritatea medicinelor tradiționale, are dimensiuni etice, estetice și culturale. Armonia acestui sistem este responsabilă de satisfacția pe care a oferit-o doctorilor și bolnavilor; aceștia au împărțit aceleași reprezentări culturale și simbolice pe parcursul a 12 secole de istorie. Ea este în același timp și cea mai puternică frână în fața „progresului".

Medicina tibetană rămâne și astăzi o practică vie, atât în Tibetul propriu-zis, cât și în regiunile himalaiene de cultură tibetană, și are o reputație recunoscută printre populațiile vecine. Unul din colegiile medicale din Lhasa, *Smañ-rtsis-khang*, este în continuare activ și se află la originea publicării recente a mai multor opere medicale tibetane. Tibetan Medical Center, fondat la Dharamsala de către un Dalailama în exil, continuă să formeze tineri doctori credincioși tradiției, furnizează un serviciu foarte frecventat de consultații externe și difuzează un număr de publicații. În sfârșit, în regiunile septentrionale ale Himalayei, din Ladakh până în Bhutan, medicina tibetană rămâne deseori singura existentă. Perenitatea acestui sistem medical nu se datorează numai absenței medicinei cosmopolite care i-ar putea face concurență. În continuare, *amchi* tibetani sunt foarte respectați de către populația care are o mare încredere în ei. În valea Manang, în Nepal, 47% dintre persoanele întrebate recurg la medicina tradițională, în timp ce numai 7% recurg la serviciile centrului de sănătate aflat destul de aproape. Amchi Kunsang, practicant la Kathmandu — zona în

care infrastructura medicală este destul de bine dezvoltată — consultă 25-30 de bolnavi pe zi. Medicina tibetană a supraviețuit importantelor schimbări social-politice care au tulburat această zonă a lumii, abținându-se de la prozelitism; putem afirma, deci, că prin însăși natura ei, medicina tradițională e destinată să răspundă nevoilor individuale și colective pe care știința occidentală le ignoră.

POSTFAȚĂ

Autorul acestei lucrări, departe de a suplini imaginea medicului pedant și atoate știutor, se înscrie atât practic cât și teoretic în linia marei tradiții medicale, știința lui alimentându-se la izvoarele inepuizabile și atât de conservatoare ale practicii populare.

Parcurgând acest tratat atât de concis prezentat (in extenso ar fi cuprins peste o mie de pagini in folio) cititorul este îndemnat să se regăsească pe sine, pentru a-și proteja sănătatea fizică și psihică în aceeași manieră în care moșii și strămoșii lui, de-a lungul timpurilor, au făcut-o cu mijloace simple, eficiente și pe care însăși natura i le-a pus la îndemână.

Prin volumul imens de cunoștințe despre diversele regnuri (mineral, vegetal, aminal) pe care această carte îl pune la dispoziția aceluia care s-a aplecat asupra ei, prin unghiul diferit din care este abordată viața și sănătatea omului ca parte integrantă a cosmosului, lucrarea este o chintesență a tradițiilor medicale tibetane demonstrând cu mijloace simple că sănătatea și frumusețea au fost și vor rămâne atribute ale naturii omenești.

Editorul